

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

As Implicações da Posição Materna No Trabalho de Parto

Relatório de Estágio

Sara Alexandra Correia Brites Sousa
Porto I 2014

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**As Implicações da Posição Materna
No Trabalho de Parto**

Relatório de Estágio

Orientação:
Prof.^a Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Sara Alexandra Correia Brites Sousa
Porto I 2014

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório constitui o final de uma etapa extremamente marcante e decisiva no meu percurso pessoal, profissional e académico, cuja conclusão só foi possível com o apoio e colaboração de algumas pessoas a quem não posso deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos:

À minha Orientadora, Professora Maria Vitória Barros de Castro Parreira, por toda a sua colaboração, dedicação e disponibilidade demonstrados durante estes dois anos de formação, assim como pela sua competência científica. Também pela sua capacidade de me motivar a continuar a trabalhar na excelência, ao longo do percurso académico e profissional, são atitudes que nunca vou esquecer.

À restante Equipa Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, por terem contribuído para o sucesso do meu desenvolvimento académico e consequente conclusão desta formação e de uma forma especial, à Coordenadora do Curso, Professora Marinha Carneiro, pela disponibilidade e orientação ao longo de todo o percurso.

Às minhas Tutoras de Estágio, Enfermeira Palmira Miranda e Aurora Bastos, por me terem proporcionado momentos únicos de aprendizagem, e por toda a sua disponibilidade, motivação e amizade.

À restante Equipa do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, por tornarem este percurso de aprendizagem e formação ainda mais gratificante e satisfatório.

Ao meu Marido, Bruno Sousa, pelo incansável apoio, carinho e compreensão sempre demonstrados. Por nunca me ter deixado desistir dos meus sonhos, motivando-me para a concretização de mais um deles, tornando esta etapa o mais agradável possível.

À minha Mãe pela ternura e dedicação, por nunca desistir de me ajudar a tornar uma pessoa ainda melhor, contribuindo sempre para o meu crescimento e desenvolvimento a todos os níveis.

Aos meus amigos e restante família por todo o apoio incondicional e pela compreensão de tantos momentos de ausência.

A Deus, por toda a força e coragem que me transmitiu em mais uma etapa decisiva da minha vida.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAFP - American Academy of Family Physicians
ACM – Artéria Cerebral Média
ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists
APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-termo
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AWHONN - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CTG – Cardiotocografia
DGS – Direção Geral de Saúde
DPP – Data Provável do Parto
DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida
DUM – Data Última Menstruação
Dx – Diagnóstico
EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
EMA - European Midwives Association
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de Espanha
FCF – Frequência Cardíaca Fetal
FIGO - International Federation of Gynaecology and Obstetrics
IB – Índice de Bishop
ICM – International Confederation of Midwives
ICN - International Council of Nurses
IFP – Incompatibilidade Feto-pélvica
IG – Idade Gestacional
IMG – Interrupção Médica da Gravidez
INE – Instituto Nacional de Estatística
IP – Índice de Pulsatilidade
IR – Índice de Resistência
ITP – Indução de Trabalho de Parto
LA – Líquido Amniótico

LDH - Desidrogenase Láctica

MCEESMO – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - National Institute of Health and Clinical Excellence

NIH - National Institutes of Health

OE – Ordem dos Enfermeiros

OI – Orifício Interno

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Proteína C Reativa

PE – Pré-Eclâmpsia

PGE – Prostaglandina E

PGE2 – Prostaglandina E2

PPT – Parto Pré-termo

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-uterino

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN – Recém-nascido

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

S/D - Quociente Sisto-Diastólico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SGB - Estreptococos β -hemolíticos do grupo B

SI – Segmento Inferior

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SNC – Sistema Nervoso Central

SV – Sinais Vitais

TA – Tensão Arterial

TFNf – Teste de Fibronectina Fetal

TGO - Transaminase Glutâmico-oxalacética

TP – Trabalho de Parto

β HCG - Hormona Gonadotrofina Coriônica Humana.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO.....	15
1.1 Gravidez e Processo de Adaptação do Casal à Parentalidade	17
1.2 Cuidar a Parturiente/Casal e Família durante o Trabalho de Parto e Parto	45
1.3 Pós-Parto e Cuidados após o Nascimento	87
2. A POSIÇÃO MATERNA NO TRABALHO DE PARTO – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	109
2.1 Contextualização da Problemática.....	110
2.2 O Método	112
2.3 Resultados	114
2.4 Discussão	127
2.5 Conclusão da Revisão Integrativa	132
2.6 Implicações para a Prática Clínica, Ensino e Investigação.....	133
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	137
CONCLUSÃO.....	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
ANEXOS.....	159
Anexo I – Exemplo de Instrumento Utilizado no Registo de Experiências: Vigilância da Gravidez, Sala de Partos, Puerpério.....	161

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Impacto da RPM pré-termo no Binómio Materno-Fetal	23
TABELA 2: Protocolo de Administração de Atosiban	27
TABELA 3: Critérios de Diagnóstico de Pré-Eclâmpsia Grave	36
TABELA 4: Fisiopatologia da Pré-Eclâmpsia.....	37
TABELA 5: Toxicidade do Sulfato de Magnésio	39
TABELA 6: Índice de Bishop.....	43
TABELA 7: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa	117

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Etapas da revisão integrativa	113
FIGURA 2: Influência da Posição Materna no Trabalho de Parto	127
FIGURA 3: Número de Grávidas alvo de cuidados e vigilância	140
FIGURA 4: Número de Partos Executados (com/sem episiotomia) e Participados (cefálicos)	140
FIGURA 5: Número de Puérperas e Recém-Nascidos alvo de cuidados e vigilância	140

RESUMO

O presente relatório pretende fazer a síntese do estágio profissionalizante, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A sua narrativa visa as atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, Pós-Parto e Adaptação à Parentalidade. De uma forma geral é evidenciado o percurso rumo à aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, nestas três áreas de atuação. É, também, enfatizada a tomada de decisão e o recurso à autonomia, nas ações desenvolvidas, não só em situações que requeriam cuidados, de baixo risco e em processos fisiológicos, como também a atividade diagnóstica de enfermagem e intervenções realizadas nos processos normais e patológicos ou disfuncionais no processo de maternidade. Foram objetivos deste percurso, não só desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção em cuidados de enfermagem especializados à mulher/ casal e família, no processo de maternidade e na transição para a parentalidade, mas também desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental.

A elaboração de um estudo sob o método da revisão integrativa da literatura, sobre as implicações da posição materna no Trabalho de parto e parto, permitiu-nos problematizar práticas em relação à orientação da posição da parturiente, no que concerne à melhor posição a adotar pela mesma, no sentido de potenciar a sua eficácia durante o trabalho de parto e parto. Consolidou, também, as nossas competências no âmbito da investigação em enfermagem. Pelos resultados emergentes pudemos constatar que no que se refere às vantagens e desvantagens da adoção da posição vertical, durante o trabalho de parto, comparativamente com a posição dorsal, a posição vertical é referida como a mais eficaz tendo por referência as seguintes variáveis em análise: duração do trabalho de parto, tipo de parto, perceção da dor/satisfação materna, presença de trauma perineal e, também o bem-estar fetal e neonatal. Em jeito de considerações finais, sugerimos que outros estudos sejam realizados no sentido de ser respeitada na prática, a posição vertical de acordo com a singularidade de cada parturiente; no ensino, a abordagem de conteúdos que demonstrem a evidência científica aos estudantes desta prática e para investigação, o incentivo a realizar outros estudos que venham a dar maior consistência à evidência encontrada.

Palavras-chave: Posição Materna, Trabalho de Parto, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, Competências, Revisão integrativa da literatura

ABSTRACT

This report seeks to make the synthesis of the vocational training course, held in the framework of the Master Course in Maternal Health Nursing and Obstetrics. Its narrative aimed at the activities developed in the Internship of Pregnancy with Complications, Labour and Delivery, Post-Partum and Adaptation to Parenthood. Generally speaking it is evidenced the path towards the acquisition of specific skills of a Midwife, in these three areas. It is also emphasized the decision-making and the use of autonomy, on the actions taken, not only in situations that required care, low-risk and physiological processes, as well as the nursing diagnostic activity and interventions carried out in the normal and pathological processes or dysfunctional in case of maternity. Were goals of this route not only develop competencies to support diagnosis and intervention in specialized nursing care to the woman/couple and family, in the process of motherhood and in the transition to parenthood, but also develop skills that promote emancipatory practices for the exercise of the parental role.

The preparation of a study on the method of integrative literature review, about the implications of maternal position in labour and delivery, has allowed us to discuss practices in relation to the orientation of the position of the mother, in the best position to adopt by the same, in order to enhance its effectiveness during labour and delivery. It simultaneously strengthened our skills in nursing research. The emerging results we have seen that with regard to the advantages and disadvantages of adopting vertical position, during labour, comparatively with the dorsal position, the vertical position is referred to as the most effective and by reference the following variables in the analysis: duration of labour, type of delivery, lack of pain/maternal satisfaction, presence of perineal trauma and fetal and neonatal well-being, too. By way of final considerations, suggest that other studies are performed in order to be respected in practice, the vertical position according to the uniqueness of each parturient; in teaching, the content approach to demonstrate the scientific evidence to students of this practice and to research, the incentive to conduct other studies that will give greater consistency to the evidence found.

Keywords: Maternal Position, Labour, Midwife, Skills, Integrative Literature Review

INTRODUÇÃO

A realização deste estágio, Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, Pós-Parto e Adaptação à Parentalidade, de cariz profissionalizante, foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com a possibilidade que é dada ao estudante para desenvolver o seu projeto individual de estágio com relevância para a prática clínica, que vá de encontro aos objetivos definidos para o processo de aquisição de competências. Constituiu uma das mais importantes unidades curriculares do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia. Decorreu no período entre 10 de Dezembro de 2012 e 25 de Julho de 2013, com uma carga horária total de 900 horas a realizar em diferentes unidades de cuidados, nomeadamente no serviço de Grávidas de Risco, Sala de Partos e Serviço de Puerpério do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE em regime de tutoria.

É neste contexto que este relatório foi construído, no sentido de demonstrar o caminho percorrido no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências, do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) e contempladas no regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP (2012).

A problemática desenvolvida, como forma de experienciar um método que permita basear a prática na evidência, centra-se nas Implicações da Posição Materna no Trabalho de Parto, sobretudo na posição vertical. Pois, de acordo com (Lawrence, [et al.], 2009), a prática da adoção, da posição vertical, durante o trabalho de parto está associada a uma diminuição da duração do trabalho de parto, das taxas de partos distócicos, da diminuição da dor, do desconforto e a um maior grau de satisfação por parte da mulher/casal, no que respeita ao processo de nascimento, assim como promove o bem-estar fetal e neonatal. O interesse por esta temática advém da observação e reflexão ao longo do estágio pelo facto de verificarmos que no âmbito dos cuidados prestados pelo EESMO, na sala de partos, nem sempre a orientação dada visava esta perspetiva, quer por decisão própria, quer por

interferência de outros profissionais, no sentido de mudar as praticas tendo em conta as vantagens da adoção de outra posição que não fosse a posição de decúbito dorsal e ou lateral.

Assim, os objetivos da realização deste relatório de estágio visam: demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizar as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, demonstrar competências no âmbito do planeamento de cuidados á mulher / casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO; demonstrar a importância de ter desenvolvido práticas emancipatórias, para vivenciar a gravidez de uma forma esclarecida e como promover o exercício do papel parental; como foi possível recontextualizar conhecimentos e desenvolver as práticas com base na evidência científica; descrever os processos de enfermagem, ao longo do estágio, bem como a atividade diagnóstica, e as respetivas intervenções realizadas, face ao diagnóstico diferencial, os objetivos e os critérios de resultado esperados; refletir sobre as práticas tendo em conta os focos de atenção de enfermagem mais frequentes, em cada área, no domínio do cuidado especializado prestado, como estudante do EESMO.

Os objetivos supracitados assentam na diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que determinam as diretrizes para a obtenção do título de EESMO e exercício da atividade profissional, e estão de acordo com o reconhecimento das competências do EESMO definido pelo “Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2002” (ICM, 2002 cit. por OE, 2010b).

Conscientes de que a procura da excelência dos cuidados de saúde prestados tem sido apanágio dos profissionais de saúde, em geral, e em particular tem constituído uma preocupação constante por parte dos enfermeiros, tomamos a decisão de aproveitar as potencialidades da prática baseada na evidência, por esta ter vindo a demonstrar que através dos resultados da investigação científica produzida é possível melhorar a eficácia dos cuidados, de forma a serem congruentes com as necessidades reais, da utente casal e família, como foco de atenção do EESMO, e obter maiores ganhos em saúde, face á realidade social no domínio dos cuidados e processo da maternidade.

No sentido de atingir os objetivos preconizados, o relatório desenvolve-se sob a organização de três capítulos.

O primeiro capítulo possibilita a partilha e o desenvolvimento de todo o caminho percorrido nas três áreas de atuação do EESMO, demonstrando as atividades realizadas no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências. O segundo capítulo, por sua vez, abre espaço para a realização da revisão integrativa sobre as implicações da posição

materna no trabalho de parto. Por fim, o terceiro capítulo refere-se à análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido neste estágio.

No que respeita à opção metodológica adotada, como suporte ao desenvolvimento de todo o percurso formativo deste estágio final e do presente relatório, está implícita a prática baseada na evidência que se encontra sustentada numa extensa pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) e Academic Search Complete, através da plataforma EBSCO host.

1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO

Ao iniciar o relato do percurso formativo e a trajetória seguida para adquirir e desenvolver as competências preconizadas pelo objetivo do curso e unidade curricular, importa tecer algumas considerações prévias que foram norteadoras deste percurso. No sentido de atingir estes objetivos o percurso formativo foi estruturado em cada área em particular tendo em conta as competências específicas a atingir em cada domínio da especialidade, sendo estas desenvolvidas neste capítulo.

De uma forma geral o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer o enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, mas singular num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa como cliente dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

No que respeita à relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, esta caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Diversas são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida para envolver as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo), e otimizar, desta forma, todas as intervenções de enfermagem que visem a alteração de comportamentos ou estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Tivemos em conta, também,

que no exercício e desenvolvimento de competências, o enfermeiro especialista é “o enfermeiro com um conhecimento profundo num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Para uma melhor compreensão Fleury et Fleury (2001) definem competência como um saber agir responsável que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades.

Independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios consideradas competências comuns, definindo que a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Para além disso envolve, também, as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante no sentido de avançar e melhorar a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

O Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro constitui, também, um suporte para o desenvolvimento e aquisição de competências, comuns e específicas de cada enfermeiro especialista, na medida em que o seu principal objetivo é reger a atuação dos profissionais de enfermagem, sendo crucial na garantia da qualidade dos cuidados prestados a nível técnico e humano, tendo como máxima o respeito pela vida e dignidade humana.

Nesta perspetiva, seguimos as orientações em que segundo o regulamento de competências, no futuro, e já no decorrer do nosso exercício profissional vamos desenvolver intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, compreendidas como aquelas nas quais estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da vida mulher, e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas que estão relacionadas com processos patológicos e processos de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher (DR, Regulamento nº 127, 2011). Assim, procuramos assumir sob a orientação de uma Enfermeira especialista a responsabilidade por diversas áreas de intervenção, nomeadamente: gravidez – na assistência à mulher que vivência processos de saúde e doença durante o período pré-natal; trabalho de parto – efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação

à vida extrauterina e no período pós-parto – no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Por fim a apresentação e consequente fundamentação das atividades realizadas em cada área de formação, tendo em conta a aquisição e desenvolvimento de competências em cada domínio em particular, consoante o Regulamento de Competências Específicas do EESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2010), constitui uma forma eficaz de demonstrar o nosso percurso formativo, cumprindo, assim, as diretrizes publicadas para a obtenção do título de enfermeira especialista.

Assim sendo, seguidamente, serão apresentadas as atividades desenvolvidas em cada módulo parcelar do estágio, por ordem natural do processo de maternidade; (Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto), apesar de, por questões relativas à organização e capacidade de resposta dos serviços no que respeita à orientação de alunos, os estágios tivessem sido realizados numa ordem diferente, Trabalho de Parto, Gravidez e Pós-Parto.

1.1 Gravidez e Processo de Adaptação do Casal à Parentalidade

Este estágio decorreu no Serviço de Internamento de Grávidas de Risco e foi realizado com vista ao desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências específicas essenciais para a implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada.

A gravidez é um acontecimento fisiológico que deve ser considerado pela grávida/casal e pelos profissionais de saúde como uma experiência de vida saudável que envolve alterações sob o ponto de vista físico, social e emocional (Brasil, 2010). Representa uma situação nova que pode implicar riscos quer no âmbito da saúde materna como no que respeita à própria saúde fetal, existindo um determinado número de grávidas que por apresentarem diversas características individuais apresentam uma maior probabilidade de vir a desenvolver complicações durante o processo de gravidez, sendo consideradas —grávidas de risco (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os fatores que podem despoletar uma gravidez de risco podem ser agrupados em quatro grupos, nomeadamente: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história ginecológica/obstétrica anterior, patologia obstétrica na gravidez

atual e interferências clínicas (Brasil, 2010). Também para (Graça, 2010) uma gravidez é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral.

Todavia, não basta definirmos gravidez na sua dimensão fisiológica, pois quando falamos de gravidez estamos a referir-nos a um processo de transição, já que transição é tudo aquilo que envolve mudança e a forma como esta é incorporada na nossa vida. Assim, transição poderá ser definida como o modo como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita de integrar novos e diferentes aspetos no seu dia-a-dia (Meleis [et al.], 2000; Meleis, 2010).

Ao considerarmos a gravidez como um processo de transição na vida da mulher/casal implicou reconhecer, indubitavelmente, que era da nossa responsabilidade ajudar a que os mesmos sejam capazes de mobilizar mecanismos de adaptação, no sentido de conseguir dar resposta às novas mudanças com as quais se deparam diariamente e de que assumir um novo papel social e pessoal, compreende facilmente que o seu papel é imprescindível em todo este processo, principalmente se se tratar de uma gravidez com complicações.

Desta forma o estágio que decorreu no Serviço de Internamento de Grávidas de Risco foi realizado com vista ao desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências específicas essenciais para a implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada.

Assim, e segundo o seu regulamento de competências específicas, neste âmbito, assume a competência de cuidar da mulher inserida na família e na sua comunidade durante o período pré-natal no sentido de potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Mais especificamente segundo as suas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré natal: informando e orientando a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco; monitoriza e avalia a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção da gravidez de risco; identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. Ainda neste âmbito desenvolvemos competências no sentido de providenciar cuidados à mulher, facilitando a sua adaptação ao período pré-natal, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante; cooperando com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da

gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante e por fim aplicar medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Desta forma, o enfermeiro especialista, nesta área é responsável pelos cuidados que presta diretamente à mulher e pela identificação atempada de situações de risco mais elevado e que exigem outros níveis de cuidados, encontrando-se habilitado para detetar complicações e aplicar medidas de emergência. A prática clínica do EESMO caracteriza-se, assim, pela própria intervenção na gestão de cuidados de Saúde à Mulher, pelo enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença, considerando a gravidez como um acontecimento natural na vida da mulher, como já referi anteriormente (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Contudo, no âmbito desta ultima premissa, são várias as competências que o EESMO deve desenvolver, para além das adquiridas no serviço de internamento de grávidas de risco. Surge assim o estágio desenvolvido no primeiro ano deste Curso de Mestrado, realizado na Unidade de Saúde Familiar Soares do Reis e no Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia deste mesmo centro hospitalar, como complemento a este segundo estágio de grávidas.

No que respeita à nossa área de intervenção no âmbito dos cuidados de saúde primários prestados à Mulher em idade reprodutiva ou já no período pré-natal tivemos oportunidade de adquirir e desenvolver outras competências específicas que são igualmente importantes para o percurso formativo, uma vez, que se pode dizer, que constituem a base da componente técnico-científica a desenvolver no decurso desta especialidade.

Desta forma, uma destas competências diz respeito ao diagnóstico e monitorização da gravidez de baixo risco (OE, 2010b).

No que respeita ao diagnóstico da gravidez este pode ser realizado por intermédio de diversos métodos, nomeadamente diagnóstico clínico (sinais de presunção, probabilidade e certeza) e laboratorial (presença da Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana – β HCG na urina ou no sangue da mulher presente após o 21º dia do ciclo) (Filho e Montenegro, 2010). Por sua vez a data da última menstruação (DUM) constitui, também, um dado de referência a considerar na determinação da idade gestacional. No entanto para Graça (2010) este método é pouco fiável, já que em 10-45% das grávidas não identificam com rigor a DUM ou na maior parte das vezes é mesmo desconhecida. Apenas 30% das mulheres sabe com certeza esta data, todavia, muitas apresentam irregularidades menstruais ou abandonaram o anticoncecional oral recentemente, podendo desta forma influenciar todos estes resultados.

Outro método utilizado para datar a gravidez é a ecografia abdominal e transvaginal que surgiu como um apoio preciso à correta identificação da idade gestacional. A ecografia para avaliação biométrica, foi introduzida pela primeira vez em 1969 por Stewart Campbell, tornando-se o método preferido para datação da gravidez. O autor refere ainda que apesar de poder existir uma pequena margem de erro nesta estimativa, o mesmo é muito inferior ao cálculo da idade gestacional através da DUM. Segundo Whitworth, [et al.] (2010) este método, quando realizado precocemente indica com maior fiabilidade a idade gestacional, resultando em menos induções do parto por gestações pós-termo.

Outros estudos em concordância com o anterior que compararam a acuidade da DUM com a ecografia (na primeira metade da gravidez) permitem concluir que no cálculo da data provável do parto (DPP) a biometria ecográfica era mais eficazmente preditiva da data de termo da gestação, mesmo quando a discrepância entre os dois valores era inferior a sete dias (NICE, 2006).

Por sua vez a regra de Nägele permite a determinação da DPP com um razoável grau de exatidão. Esta consiste em adicionar sete dias à DUM, subtrair três meses e adicionar um ano (ou somar sete dias à DUM e acrescentar nove meses). Esta regra considera que a mulher tem ciclos de 28 dias e que a gravidez se deu no décimo quarto dia, se assim não acontecer é necessário realizar um ajustamento. Na maioria das mulheres o parto ocorre num período compreendido entre sete dias antes ou após a DPP. O rigor destes cálculos é extremamente relevante na medida em que pode fazer toda a diferença no plano de atuação dos profissionais de saúde especializados no que concerne ao diagnóstico de uma gravidez de termo, pré-termo e pós-termo e na sua relação com os resultados materno-fetais (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para clarificar a importância que teve o estágio de vigilância da gravidez e preparação para a parentalidade, é de referir que na consulta externa de Obstetrícia a maioria das grávidas seguidas nesta consulta apresentava alguma patologia associada. As grávidas assistidas eram grávidas de termo que a partir das 37 semanas, encontrando-se a ser seguidas no Centro de Saúde, eram encaminhadas para o hospital no sentido de rastrear a presença de estreptococos β -hemolíticos do grupo B (SGB) no trato vaginal e rectal e para uma vigilância materno-fetal mais regular, segundo o protocolo das duas instituições. Nestes casos em particular, foi possível adquirir e desenvolver competências técnicas no âmbito da monitorização cardiotocográfica, essencial para os restantes estágios.

Ainda no decurso deste estágio tivemos oportunidade de desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde ginecológica e na prevenção e tratamento da patologia inerente e, também, para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à vigilância pré-natal e, também atingir os critérios propostos pela diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que determinam que para a obtenção do título de enfermeiro especialista, o enfermeiro tem que realizar pelo menos 100 consultas a grávidas no período pré-natal e prestar cuidados a pelo menos 40 grávidas com complicações associadas à gravidez.

Outra das competências que desenvolvemos, apesar de já adquirida anteriormente, diz respeito à capacidade de utilizar uma comunicação terapêutica no estabelecimento de uma relação empática com os utentes, sobretudo numa situação crítica ou tão específica como esta, quando se trata de uma gravidez de risco. Assim, antes de se proceder à elaboração e execução do plano de intervenção delineado, procuramos estabelecer uma relação assertiva quer com a grávida como com todos os conviventes significativos com o intuito de proporcionar apoio, conforto, informação e desenvolver a confiança.

Contudo os cuidados desenvolvidos neste estágio não passaram apenas por intervir nos aspetos relacionados com a patologia, mas foram também direccionados no sentido da promoção do potencial para o autocuidado e na capacidade da mulher para manter a sua saúde durante a gravidez.

Em função das necessidades identificadas e expressas, as intervenções realizadas para explicar as mudanças inerentes à gravidez e os marcos de desenvolvimento fetal foram uma realidade no quotidiano para auxiliar a mulher e a família a acompanhar a gravidez, estimulando a formação de laços afetivos, seguindo a orientação de Lowdermilk e Perry (2008).

Neste sentido, tornou-se, também, fundamental o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem quando identificados défices de conhecimento na grávida e família sobre estilos de vida saudáveis, incluindo os que são realizados nas consultas de vigilância da gravidez, descritos anteriormente.

Outro foco de atenção desenvolvido, sempre que possível, diz respeito à adaptação à parentalidade. Parafraseando o ICN (2011), a adaptação à parentalidade circunscreve as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez, empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.

No decurso de vários momentos de diálogo com as grávidas foi avaliada a sua adaptação à gravidez, à parentalidade e aos novos processos familiares. O reconhecimento de aspetos como o planeamento da gravidez, sentimentos positivos inerentes à gravidez e ao feto, relação conjugal funcional, cumplicidade entre o casal, a presença de uma rede de suporte familiar, a definição de um plano de parentalidade e de parto, foram indicadores de uma parentalidade responsável.

A avaliação inicial da grávida constituiu, na maior parte das vezes, uma boa forma de iniciar uma relação empática com esta, tornando mais fácil a deteção e a compreensão de todos estes dados, assim como outros, nomeadamente se a grávida iniciou ou pretende iniciar um curso de preparação para o parto, quais as suas expectativas relativamente ao próprio parto, no sentido de identificar outras necessidades de intervenção com o intuito de tornar toda esta vivência o mais gratificante e o mais realista possível.

Por sua vez, de uma forma geral, no decurso deste estágio, foram prestados cuidados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo as mais frequentes: Ruptura Prematura de Membranas Pré-Termo (RPM Pré-Termo), Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo (ATPPT), Placenta Prévia, Alterações Fluxométricas associadas a Restrições de Crescimento Intra-uterino (RCIU) e distúrbios hipertensivos, nomeadamente situações de Pré-Eclâmpsia (PE) e Síndrome de HELLP. Outra das situações existentes no serviço e nas quais tive, também, a possibilidade de desenvolver competências dizem respeito aos Processos de Indução de Trabalho de Parto.

Seguidamente iremos realizar uma breve abordagem aos cuidados prestados a mulheres grávidas/casal com patologia (apresentando alguns dos casos vivenciados), tendo em conta de uma forma geral, as respetivas intervenções de enfermagem planeadas e implementadas, no decorrer deste estágio, referente a cada caso clínico, recontextualizando conhecimentos teóricos e baseando-nos sempre na evidência mais atualizada e partindo do pressuposto que é importante descrever os cuidados de enfermagem, mas que a dimensão das ciências biomédicas devem também estar presentes para podermos fazer o diagnóstico e delinear as intervenções de acordo como a mulher manifesta os sinais e sintomas.

Rutura Prematura de Membranas Pré Termo

A RPM está definida como a perda de líquido amniótico (LA) antes de se iniciar o trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Quando ocorre antes das 37 semanas é designada como RPM pré-termo (Machado et al, 2002 cit. por Golino, Chein e Brito, 2006). Ocorre entre 2 a 18% das gestações de termo e entre 20 a 40 % nas gestações

pré-termo. Entre 30 a 40% dos casos é considerada causa principal de partos prematuros, sendo responsável por 20% dos óbitos perinatais (Golino, Chein e Brito, 2006).

A sua etiologia é multifatorial, podendo estar relacionada com fatores mecânicos, estruturais ou infecciosos (Graça, 2010).

No que respeita ao seu diagnóstico a colheita da anamnese é fundamental devendo incluir a determinação do momento em que ocorreu a perda, bem como a caracterização do líquido perdido, nomeadamente da sua cor, consistência, odor ou quantidade.

Quanto ao exame físico a RPM é evidenciada quando se observa líquido amniótico no fundo de saco posterior da vagina, ou quando o mesmo flui através do orifício externo do colo do útero ao mobilizar-se a apresentação fetal ou quando a grávida executa manobra de Valsalva. Relativamente aos exames laboratoriais estes apresentam como principal objetivo a pesquisa de elementos químicos ou histológicos de LA no conteúdo vaginal (teste do papel de nitrazina, teste da fibronectina fetal, cristalização do conteúdo vaginal). Por fim como meio complementar de diagnóstico pode recorrer-se à ecografia para diagnosticar presença de oligoâmnios.

Contudo é fundamental proceder-se ao diagnóstico diferencial, excluindo situações de expulsão do rolhão mucoso, fluxo vaginal aumentado característico da gravidez, leucorreia infecciosa e de incontinência urinária (Golino, Chein e Brito, 2006).

No que concerne ao impacto da RPM pré-termo no binómio materno fetal temos:

Complicações Materno-Fetais	Complicações Fetais
Parto pré-termo; Maior taxa de infeção (corioamniotite); Descolamento prematuro da placenta; Maior taxa de cesariana.	Prematuridade Doença da membrana hialina; Hipoplasia Pulmonar; Deformações Fetais; Hipoxia Fetal; Sépsis fetal e neonatal.

Tabela 1: Impacto da RPM pré-termo no Binómio Materno-Fetal (Graça, 2010)

Em relação à conduta adotada quando ocorre RPM há duas soluções possíveis: a interrupção da gravidez ou conduta conservadora. Esta decisão depende da idade gestacional, da presença de maturidade pulmonar, da presença de infeção, de sofrimento fetal e da existência de recursos neonatais. Geralmente após o diagnóstico da RPM o internamento é obrigatório.

Graça (2010) concorda com o protocolo do serviço vigente (Tavares, [et al.], 2012a) referindo que os maiores riscos nesta fase da gravidez são a imaturidade fetal e a morte

neonatal, pelo que a atitude expectante é a conduta geralmente preconizada nas situações em que não há infecção corioamniótica, evidente ou subclínica. A abordagem conservadora da RPM pré-termo deverá ser efetuada em regime de internamento hospitalar, com repouso no leito e vigilância frequente do estado materno-fetal.

De uma forma geral de acordo com o protocolo adotado pode-se dizer que foram realizadas a maior parte das intervenções de enfermagem inerentes, nomeadamente:

Corticoterapia Antenatal para a Estimulação da Maturidade Fetal

A prematuridade continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade infantil. A administração materna de glucocorticoides capazes de atravessar a barreira placentar diminui a incidência de morte neonatal, síndrome da membrana hialina e hemorragia intraventricular em recém-nascidos pré-termo, independentemente da sua raça e sexo. Os benefícios desta terapêutica estendem-se a todas as idades gestacionais a partir das 24 semanas apesar de existir alguma evidência de que são significativamente menores a partir das 34 semanas (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

O Consensus Development Conference of the National Institutes of Health (NIH) (1994), dá suporte a estas afirmações concluindo que a eficácia máxima do tratamento anteparto com glucocorticoides se centra nos RN que nasçam entre as 24 e as 32 semanas, sendo estes benefícios aditivos ao da terapêutica neonatal com surfactante.

A corticoterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível nas gestações entre as 24 e as 36 semanas e 6 dias nomeadamente nestas situações: ameaça de trabalho de parto pré-termo, hemorragia uterina, rutura prematura de membranas e em qualquer outra situação que poderá resultar previsivelmente em parto pré-termo (Tavares, [et al.], 2012a).

A administração de glucocorticoides atinge o seu maior benefício quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24h e inferior a 7 dias. Contudo mesmo quando o intervalo se situa fora destes limites verifica-se uma tendência nas vantagens desta terapêutica (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

No que concerne à escolha do corticosteroide utilizado, tanto a betametasona como a dexametasona podem ser utilizados, uma vez que é reduzida a sua inativação na placenta e apresentam bioatividade semelhante. São destituídos de ação mineralocorticóide e, quando usados em tratamentos de curta duração, têm escassos efeitos imunossuppressores.

A betametasona tem semivida mais prolongada. Por esta razão e na medida em que a betametasona apresenta resultados mais significativos de redução da mortalidade

périnatal, este corticosteroide é assumido como a primeira opção no processo de estimulação da maturidade fetal pela maioria dos serviços de grávidas de risco, sendo este mesmo serviço, no qual realizei o estágio, um deles. No entanto Graça (2010) chama a atenção para as alterações que a betametasona pode provocar no comportamento fetal, como por exemplo: diminuição da atividade fetal, da variabilidade da frequência cardíaca e dos episódios de movimentos respiratórios, que regredem após 3-7 dias, sendo estes efeitos observados em menor escala após administração de dexametasona. Desta forma foi fundamental termos em conta estas alterações aquando da realização da interpretação do traçado cardiotocográfico, não chegando a falsas conclusões.

Relativamente à repetição dos ciclos, a evidência mais atual, afirma que um único ciclo de corticoterapia é mais vantajoso do que a sua repetição, uma vez que esta pode aumentar a taxa de complicações maternas como a infeção e a insuficiência suprarrenal e de complicações fetais que podem incluir a doença pulmonar crónica, supressão suprarrenal, encerramento prematuro do canal arterial, sépsis neonatal, atraso psicomotor, alterações comportamentais e mortalidade neonatal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Na pesquisa realizada encontramos referência de que a corticoterapia está contraindicada nas situações de suspeita de corioamnionite, infeção materna grave, nomeadamente tuberculose e porfiria.

No que respeita às intervenções de enfermagem que foram realizadas inerentes à execução deste procedimento temos:

- Informar e ensinar a grávida/casal sobre regime terapêutico - indicações para a administração do fármaco, seus benefícios e efeitos secundários.
- Explicar procedimento à grávida/casal - diminuindo a ansiedade e promovendo a sua colaboração.
- Vigiar efeitos secundários - alteração do ritmo cardíaco; retenção de líquidos; pressão arterial elevada; fraqueza muscular ou dor; rubor / edema facial, distúrbios gástricos ou intestinais; convulsões; insónias; tonturas; cefaleias; perturbações oftálmicas, incluindo glaucoma (Infarmed, 2007).

Tocólise

Define-se como parto pré-termo (PPT) aquele que ocorre antes de se completarem 37 semanas de gestação.

Contudo, a evidência mostra que a morbilidade e a mortalidade périnatal a longo prazo ocorrem predominantemente nas crianças que nascem antes das 34 semanas

completas. O nascimento muito longe do termo é, isoladamente, o mais importante fator determinante dos desfechos neonatal e infantil desfavoráveis. A prevenção e/ou o tratamento do PPT têm como principal objetivo evitar ou minimizar estas consequências e não especificamente o prolongamento da gravidez. No entanto é fundamental ter em consideração que existem determinadas situações de risco de PPT em que não está indicado instituir qualquer tipo de terapêutica que vise evitar o nascimento, como é o caso da corioamnionite, do descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) ou das hemorragias profusas do 3º trimestre. Nestes casos, a tentativa de diferir o parto pode ser a pior opção para a mãe e para o feto (Graça, 2010).

Os agentes tocolíticos reduzem a proporção de nascimentos até 7 dias após o início do tratamento, não se tendo demonstrado claros benefícios na redução da morbimortalidade perinatal (síndrome de dificuldade respiratória ou hemorragia intraventricular). Poderá ser vantajosa a sua utilização em grávidas em trabalho de parto pré-termo com idades gestacionais entre as 24 e as 34 semanas e 6 dias (entendido como a existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas com repercussão cervical) com necessidade de transferência para outra unidade hospitalar e as que não completaram o ciclo de corticoides para maturação pulmonar fetal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Na tocolise vários agentes de diferentes grupos farmacológicos podem ser utilizados no sentido de diminuir ou abolir a contractilidade uterina espontânea que ocorra antes do termo da gestação. Direta ou indiretamente, todos os medicamentos com efeito tocolítico atuam através das modificações que provocam nas concentrações do cálcio nas células do miométrio, sendo os mais utilizados a Nifedipina (inibidor dos canais de cálcio), o Salbutamol (β adrenérgico) e a Indometacina (anti-inflamatório não esteroide) (Graça, 2010).

Neste serviço um dos tocolíticos de eleição diz respeito ao Atosiban (inibidor dos recetores de ocitocina) que apesar de ter um custo superior provoca menos efeitos laterais tanto na mãe como no feto. Apesar de uma revisão Cochrane não ter demonstrado vantagens do atosiban sobre os beta-miméticos ou em relação a um placebo em termos de eficácia tocolítica e do desfecho perinatal (Papatsonis, [et al.], 2005), dados mais recentes mostram que o fármaco é mais eficaz que o placebo no diferimento do parto por 24-48 horas e 7 dias (Al-Omari, [et al.], 2006).

Fase	Regime	Taxa de perfusão	Dose de Atosiban
1	Bolús intravenoso de 0,9 ml	mais de 1 minuto	6,75 mg
2	3 Horas de perfusão de carga intravenosa	24 ml/ hora*	18 mg/ hora
3	Perfusão intravenosa subsequente, até 24 horas	8 ml/ hora	6 mg/ hora

*2 Frascos de 5ml diluídas em 90 ml de Soro Fisiológico

Tabela 2 – Protocolo de Administração de Atosiban

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) os cuidados de enfermagem associados à administração deste fármaco e que foram tidos em conta são:

- Informar e ensinar a grávida/casal sobre regime terapêutico - indicações para a administração do fármaco, seus benefícios e efeitos secundários.
- Explicar procedimento à grávida/casal - diminuindo a ansiedade e promovendo a sua colaboração.
- Posicionar a mulher em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, para melhorar a perfusão placentária e reduzir a pressão sobre colo.
- Vigiar os sinais vitais maternos e resposta fetal à terapêutica através de CTG;
- Vigiar efeitos secundários – náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas.

Cardiotocografia (CTG)

A cardiotocografia ou monitorização eletrónica da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina é um método que contribui para a avaliação do bem-estar fetal pois permite o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos. Existem dois tipos de monitorização eletrónica: a externa e a interna. A monitorização externa utiliza um transdutor de ultrassons e um tocotransdutor colocados no abdómen da grávida, enquanto a monitorização interna utiliza um elétrodo espiral aplicado na apresentação fetal e um cateter de pressão intrauterina (Graça, 2010).

O procedimento identificado pelo requerente como «execução de monitorização cardíaca fetal» implica entre outros, a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos que permitam identificar no abdómen de cada grávida o foco fetal e o fundo uterino para a respetiva colocação dos transdutores, uma vez que a qualidade do sinal é essencial para a interpretação correta do registo (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos permitindo a classificação do padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o

conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal. Desta forma foi essencial demonstrar conhecimentos consolidados, neste âmbito e baseados na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Em 1990, Devoe [et al.] descreviam que a CTG aparecia como método excelente para prever a saúde dos fetos. Relataram que o teste é bastante recomendável para prever quais fetos não necessitam de intervenções obstétricas precoces. Entretanto, a CTG apresenta resultados falsos-positivos de 40 a 50%. Uma revisão sistemática da Cochrane, com quatro estudos envolvendo 1.588 gestantes, teve como objetivo avaliar o efeito da CTG anteparto na morbilidade e mortalidade perinatal como também na morbilidade materna, concluindo que a cardiocotografia anteparto não tem efeito significativo nos resultados perinatais de morbilidade e mortalidade, bem como no aumento de cesariana eletiva ou indução do parto. Contudo a CTG anteparto tem como principal função a redução das intervenções neonatais (Costa, Gadelha e Lima, 2009).

Neste caso em específico, no qual de RPM pré-termo ocorreu às 27s, segundo o protocolo do serviço, a CTG foi realizada uma vez por dia por um período de uma hora, uma vez que não se verificou qualquer instabilidade materna ou fetal.

Antes de realizarmos a cardiocotografia devemos informar e explicar à grávida/casal no que é que consiste o exame, quais são os seus objetivos e todos os cuidados inerentes associados. Todas estas intervenções foram tidas em conta no sentido de diminuir a ansiedade da grávida durante a realização do exame e possibilitar o esclarecimento de dúvidas e receios, nunca esquecendo que a sua colaboração é fundamental para um bom registo cardiocotográfico.

No que respeita a esta temática, a mesma será desenvolvida posteriormente neste relatório, mais propriamente no âmbito do trabalho de parto.

Repouso no Leito

O repouso no leito consiste numa intervenção habitual para a prevenção do trabalho de parto pré-termo e no caso de RPM pré-termo reside numa intervenção que não pode deixar de ser considerada devido ao elevado risco de prolapso do cordão umbilical e consequentemente sofrimento fetal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Na maior parte das gestações de risco ou não esta intervenção é prescrita/aconselhada com frequência no sentido de melhorar a perfusão uteroplacentária

e a perfusão renal, no entanto não existe evidência científica que comprove a sua eficácia na redução da taxa de nascimentos pré-termo, constituindo uma forma de cuidado de eficácia desconhecida (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para além da sua eficácia ainda não estar comprovada o repouso no leito está associado a uma vasta panóplia de efeitos adversos na saúde e bem-estar da grávida quer no âmbito físico, psicossocial e na maior parte das vezes também sob o ponto de vista económico. Como consequências físicas o repouso no leito pode provocar perda de peso, depleção e fraqueza muscular, desmineralização e descalcificação óssea, diminuição do volume plasmático e do débito cardíaco, aumento do risco de tromboflebites, obstipação, alterações do sono e fadiga e uma recuperação mais lenta no pós-parto. Do ponto de vista psicológico as grávidas que se encontram em repouso no leito apresentam-se na maior parte das vezes mais aborrecidas, tristes, ansiosas, sozinhas, podendo mesmo levar à depressão. Economicamente o facto de a grávida ter que ficar em repouso quer no domicílio como no hospital acarreta alguns prejuízos associados à perda do rendimento materno e outros custos inerentes (Lowdermilk & Perry, 2008).

Ainda segundo as mesmas autoras, neste caso em particular, no qual o repouso é fundamental temos que motivar a mãe para esta intervenção, explicando-lhe em primeiro lugar as suas vantagens quer para si como para o seu bebé, no seu caso em específico, e quais seriam as consequências da sua não adesão. Seguidamente devemos-lhe demonstrar que estamos ali para a ajudar e para ouvir todas as suas dúvidas e receios, fazendo-a perceber que não está sozinha e que pode sempre contar com toda a equipa multidisciplinar. Esta foi a conduta assumida por nós durante o estágio, sugerindo à grávida diversas medidas que a ajude a gerir melhor esta prescrição, nomeadamente

- Solicitar a um dos familiares que traga alguns objetos que em casa lhe proporcione mais conforto enquanto descansa, como por exemplo a sua própria almofada;
- Se possível pedir que lhe tragam um computador portátil com DVD e internet para assistir a séries, filmes, possibilitando-a, também, entrar em contacto com amigas e outros familiares;
- Explorar os seus interesses relativamente a um novo passatempo, como por exemplo bordar, pintar, entre outras coisas;
- Trocar revistas/livros com outras grávidas;
- No caso do repouso relativo, utilizar uma cadeira de rodas para visitar outras grávidas;
- Participar, se possível, na organização do seu plano de cuidados juntamente com toda a equipa.

Para além de todas estas intervenções de enfermagem, outras também foram realizadas no âmbito do autocuidado, vigilância de sinais vitais e perda de LA (registo das suas características), administração de antibioterapia, e sempre que necessário proporcionar apoio emocional quer à grávida como à restante família.

Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

Define-se como ameaça de parto pré-termo (APPT) a ocorrência de contractilidade uterina frequente e regular com formação do segmento inferior uterino antes das 37 semanas, mas sem alterações cervicais. O trabalho de parto pré-termo está associado a uma sintomatologia semelhante mas acompanhada de dilatação e extinção cervical (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

A etiologia do parto pré-termo é desconhecida e considerada multifatorial. Segundo vários estudos a presença de infeções cervicais, vaginais ou urinárias está associada a um risco mais elevado deste ocorrer. Desta forma os cuidados pré-natais precoces no sentido de possibilitar o diagnóstico mais rápido possível destas infeções e o seu tratamento são fundamentais. No entanto nem todos os partos pré-termo podem ou devem ser evitados, na medida em que 25% dos mesmos são iatrogénicos, ou seja realizados, uma vez que em alguns casos a gravidez ao estar associada a um conjunto de complicações pode colocar em causa quer a vida do feto como a da mãe, não sendo possível continuar com a gestação. Por sua vez outros 25% são precedidos de rutura espontânea de membranas pré-termo que acaba por desencadear o trabalho de parto, não podendo estes ser evitados. Os restantes 50% apresentam esta possibilidade através da sua prevenção, sendo considerados quanto à sua etiologia de idiopáticos (Lowdermilk & Perry, 2008).

Na medida em que o seu diagnóstico é difícil de estabelecer diversas intervenções médicas podem ser prescritas, mesmo não sendo necessárias, como por exemplo a tocólise, a corticoterapia, o internamento hospitalar, entre outras (Graça, 2010).

De uma forma geral a maior parte dos marcadores bioquímicos utilizados para o diagnóstico de parto pré-termo apresentam uma baixa acuidade. A fibronectina fetal é uma glicoproteína de alto peso molecular produzida pelo trofoblasto. A sua função consiste em manter a aderência do blastocisto à decídua. Normalmente, a fibronectina fetal (FNf) está presente no conteúdo cervicovaginal durante as primeiras 20 a 22 semanas de gestação. Após a 22ª semana ocorre a fusão do âmnio com o cório e a FNf desaparece da vagina até a 36ª semana, a menos que haja rutura prematura de membranas, na presença de fator

mecânico que separe o cório da decídua ou diante de um processo inflamatório-infecioso ou isquêmico na interface materno-fetal. O teste de fibronectina fetal (TFNf) apresenta em mulheres sintomáticas, valores de sensibilidade de 90 a 100%, especificidade de 71 a 83%, valor preditivo positivo de 6 a 29% e valor preditivo negativo de 99 a 100% na previsão de PPT nos 7 dias seguintes, constituindo, desta forma um dos melhores marcadores bioquímicos para o respetivo diagnóstico (Bittar, Fonseca e Zugaib, 2010).

Por sua vez a avaliação ultrassonográfica transvaginal do colo uterino (US cérvix) também apresenta em grávidas sintomáticas um elevado valor preditivo negativo para o comprimento do colo superior a 30mm, de 97 a 99% (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Desta forma gestações que se encontrem entre as 24 e as 34 semanas, grávidas com clínica de APPT (dores abdominais/lombares sugestivas de contrações uterinas rítmicas, sensação de peso hipogástrico contínuo ou expulsão do rolhão mucoso), CTG com duas ou mais contrações em dez minutos, durante 40 minutos, ausência de rotura de membranas ou de PPT (dilatação ≥ 3 cm, extinção $\geq 80\%$ ou alterações cervicais) constituem um conjunto de indicações para realizar TFNf e US cérvix (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Ainda de acordo com os mesmos autores, no que respeita à orientação clínica esta vai depender dos resultados dos testes anteriores: se TFNf negativo – alta; se TFNf positivo e US cérvix > 30 mm – alta; se TFNf positivo e US cérvix negativo – internamento.

Neste caso em particular, com o qual nos deparamos durante o estágio, a grávida de 28s de gestação encontrava-se nesta ultima situação, tendo que ficar internada, realizar CTG uma vez por turno, iniciar processo de estimulação de maturidade pulmonar fetal e tocolise com Atosiban, uma vez que apresentava contractilidade uterina.

Placenta Prévia

A entidade “placenta prévia” consiste na implantação placentária no segmento inferior (SI), distanciando-se no máximo sete centímetros do orifício interno (OI) do colo do útero, compondo juntamente com o descolamento prematuro e a rotura uterina, causas de sangramento vaginal do terceiro trimestre de gestação. A sua classificação varia de acordo com a proximidade com o colo em placenta prévia: central-total (recobre completamente o orifício interno do colo do útero), central-parcial (recobre parcialmente o orifício cervical interno), marginal (margeia o orifício interno do colo do útero) e lateral ou de baixa

inserção (distanciando-se até 7 cm do orifício interno do colo) (Santana, Filho e Mathias, 2010).

Todas as formas de placenta prévia apresentam um risco elevado de hemorragia anteparto, acretismo placentário (5 a 25%) e hemorragia pós-parto (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

A incidência de placenta prévia é de aproximadamente 0,5%. Por sua vez os principais fatores de risco incluem: história anterior de placenta prévia, cesariana anterior e curetagem aspirativa por aborto espontâneo ou induzido, gestação múltipla, espaços intergenésicos curtos, idade materna avançada, etnia africana ou asiática, multiparidade, consumo de drogas e tabagismo (Lowdermilk & Perry, 2008).

O seu diagnóstico e classificação são baseados principalmente no resultado da ecografia transvaginal. No caso de placenta de inserção baixa é importante quantificar a distância entre o bordo placentário e o orifício cervical interno. Perante casos de placenta prévia central ou marginal o toque vaginal está contra-indicado (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Quanto à orientação clínica, nos casos de placenta prévia central (total ou parcial) ou marginal recomenda-se a abstinência sexual desde a altura do diagnóstico e o repouso no leito a partir do terceiro trimestre ou do primeiro episódio hemorrágico. Nestas situações e na placenta de inserção baixa com menos de dois centímetros de distância entre bordo placentário e o orifício cervical interno é frequente a hemorragia abundante quando da dilatação cervical, pelo que é recomendável programar uma cesariana eletiva para as 37-38 semanas. Na placenta prévia de inserção baixa com mais de dois centímetros de distância do orifício cervical interno o risco de hemorragia genital do terceiro trimestre é baixo, no entanto esta pode ocorrer durante a dilatação cervical. Contudo o parto eutócico não está contra-indicado e caso não esteja presente sintomatologia clínica associada não estão recomendados cuidados adicionais.

No caso específico observado, trata-se de uma placenta prévia central-parcial, tendo a cesariana sido programada para as 37 semanas, uma vez que já tinha vindo a apresentar hemorragia vaginal escassa e contractilidade irregular (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Relativamente às intervenções de enfermagem realizadas, estas basearam-se sobretudo na realização de CTG 1xturno, vigilância de sinais vitais e perda sanguínea, promoção do repouso no leito, assistência no auto-cuidado e promoção do bem-estar psicológico materno.

Alterações Fluxométricas – Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU)

No decorrer do estágio o caso desta grávida chamou-nos imediatamente a atenção, não por se tratar apenas de um caso clínico de alterações fluxométricas, mas por provavelmente estar associado a esta situação uma patologia genética autossómica dominante que a grávida apresentava, sendo esta designada por Síndrome Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária.

Esta patologia consiste numa rara displasia fibrovascular sistêmica, que tem como defeito básico uma alteração da lâmina elástica e camada muscular da parede dos vasos sanguíneos, o que os torna mais vulneráveis a traumatismos e ruturas espontânea. A doença apresenta transmissão autossómica dominante, apesar de em 20% dos casos não existir histórico familiar. A sua incidência na população é de 1-2/100.000, apresentando uma distribuição homogénea entre raça e sexo. O diagnóstico é feito seguindo os critérios de Curaçao: telangiectasias em face, mãos e cavidade oral; epistaxis recorrentes; malformações arteriovenosas com comprometimento visceral; histórico familiar. O diagnóstico é confirmado na presença de pelo menos 3 destas manifestações. As manifestações otorrinolaringológicas são as mais frequentes, sendo o epistaxis recorrente uma das principais. Vasos sanguíneos de outras regiões também podem estar acometidos, principalmente nos pulmões, no cérebro, pele e trato gastrointestinal (Juares, [et al.], 2008).

Neste caso em particular o diagnóstico de patologia foi realizado em 2009, apresentando a grávida antecedentes familiares de epistaxis e telangiectasias, epistaxis recorrentes desde a infância, telangiectasias da mucosa oral, malformações arteriovenosas pulmonares detetadas nesta altura, e enxaqueca com aura desde os seis anos que foi revertendo com terapêutica. Em Outubro de 2011 realizou embolização das malformações arteriovenosas pulmonares, na medida em que pretendia engravidar estas alterações podiam se agravar com a gestação.

No momento do internamento da grávida no serviço de grávidas de risco, esta apresentava uma idade gestacional de 36s + 5dias, tendo sido internada por constatação de alterações fluxométricas, particularmente pela inversão dos fluxos da artéria uterina (AU) e da artéria cerebral média (ACM).

O crescimento e desenvolvimento fetal dependem essencialmente do funcionamento correto da placenta (fornecimento adequado de nutrientes e de oxigénio ao feto), garantido por condições hemodinamicamente essenciais: presença de circulações, fetais e materno-placentárias, arteriais de baixa resistência e alto débito. Quando tal não

acontece, o feto entra em hipoxia, que pode levar a lesões neurológicas irreversíveis e à morte (Lowdermilk & Perry, 2008).

A Fluxometria por Doppler permite explorar, de forma não invasiva, o fluxo sanguíneo do feto e da placenta. É importante no rastreio, diagnóstico e avaliação das situações de hipoxia fetal crónica, que clinicamente se podem exprimir ou revelar através de atraso de crescimento intrauterino e/ou oligoâmnios, associados frequentemente a doenças hipertensivas da gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008).

Existem vários tipos de aplicação do Doppler: em emissão contínua, em emissão pulsada e com codificação em cor. No sentido de assegurar uma utilização racional e eficaz da fluxometria Doppler, desenvolveram-se métodos de análise qualitativa das ondas de velocidade de fluxo. Desta forma, foram propostos cerca de vinte parâmetros fluxométricos, sendo os mais vulgarizados: o Índice de Pulsatilidade (IP), o Índice de Resistência (IR) e o Quociente Sisto-Diastólico (S/D). Dos três referidos, apenas o IR parece ter uma distribuição normal, admitindo curvas de referência, em termos de média e desvio-padrão, enquanto que para os outros dois é mais adequada a distribuição por percentis (Graça, 2010).

Classicamente, o espectro do fluxo nas artérias uterinas durante a gravidez é caracterizado no primeiro trimestre pela presença de uma incisura (notch) protodiastólica e resistência vascular aumentado (fluxo diastólico diminuído). A partir do segundo e terceiros trimestres de gestação, normalmente verificam-se as características contrárias, nomeadamente ausência de incisura, fluxo diastólico aumentado, apresentando, assim IR ou IP diminuídos. Por sua vez a ACM no primeiro trimestre apresenta um índice de resistência aumentado e uma velocidade diastólica baixa. Quando no segundo e terceiro trimestre ocorre a inversão destes fluxos não é esperada uma gravidez com evolução normal, tendo, na maior parte das vezes, sido interpretada como premonitória de vasculopatia placentária, incluindo a pré-eclâmpsia, RCIU e DPPNI (Nunes, 2009).

Especificamente neste caso, estas alterações foram devidas à presença de uma patologia genética que foi transmitida para o feto, tendo-se diagnosticado através da realização de uma ressonância magnética fetal uma malformação da artéria cerebral média. Na medida em que a idade gestacional já era de 37s aquando do diagnóstico, imediatamente foi proposta uma cesariana eletiva. Contudo devido ao facto de tratar de uma patologia rara no nosso país foi contactado um hospital francês especializado nestes casos para vir ao nosso país realizar a cesariana, situação esta que acabou por decorrer da melhor forma possível, tendo, segundo relatório clínico o recém-nascido o bom prognóstico.

Neste caso em específico a nossa intervenção baseou-se sobretudo no grande apoio disponibilizado à grávida e respetiva família no sentido de estes perceberem o que estava a acontecer, possibilitando esclarecimento de dúvidas e a expressão de emoções. Outro das intervenções consideradas centrou-se na vigilância do bem-estar fetal através da realização de CTG 1 vez turno.

Distúrbios Hipertensivos – Pré-Eclâmpsia/ Síndrome de HELLP

A hipertensão é a complicação médica mais frequente da gravidez, apresentando uma taxa de incidência entre os 12 e os 22%, sendo responsável por 17,6 % da mortalidade materna nos USA (ACOG, 2002).

A distribuição etária permanece em forma de U, sendo mais frequente em mulheres com menos de 20 anos e com mais de 40 anos de idade (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que respeita aos principais fatores de risco temos a doença renal crónica, hipertensão crónica, história familiar de pré-eclâmpsia, gravidez gemelar, nuliparidade, diabetes, incompatibilidade Rh, obesidade, etnia afro-americana, resistência à insulina, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gravidezes por procriação medicamente assistida (ACOG, 2002).

Segundo Lowdermilk & Perry (2008) os estados hipertensivos da gravidez podem classificar-se em várias categorias consoante as suas características, nomeadamente:

- Hipertensão gestacional – desenvolvimento de hipertensão moderada durante a gravidez numa mulher previamente normotensa, sem proteinúria ou edema patológico.
- Pré-eclâmpsia – desenvolvimento de hipertensão e proteinúria numa mulher previamente normotensa após as 20 semanas de gestação ou no período pós-parto inicial.
- Eclâmpsia – desenvolvimento de convulsões ou coma numa mulher com pré-eclâmpsia.
- Hipertensão Crónica – hipertensão e/ou proteinúria numa mulher grávida com hipertensão crónica antes das 20 semanas de gestação.
- Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia sobreposta – desenvolvimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia na mulher com hipertensão crónica antes das 20 semanas de gestação.

No que concerne, especificamente à pré-eclâmpsia esta constitui uma síndrome específico da gravidez que consiste num processo vasoespástico multissistémico caracterizado, essencialmente, por hipertensão e proteinúria, como acabei de mencionar (ACOG, 2002). A hipertensão é definida como uma TA sistólica superior a 140 mmHg ou uma diastólica superior a 90 mmHg. Para o diagnóstico estes valores têm que ser obtidos

em duas medições intervaladas por pelo menos de 4 a 6h. A mulher deve estar preferencialmente sentada para a avaliação ou se estiver deitada deve estar em DLE como braço ao nível do coração. Ainda se recomenda a abstinência de tabaco e café nos 30min procedentes à avaliação (RCOG, 2006). A proteinúria é definida como uma concentração > 30 mg/dl numa amostra ou mais de urina em pelo menos duas amostras aleatórias com intervalos de pelo menos 6h. Numa amostra de urina 24h a proteinúria é definida com uma concentração de $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ (RCOG, 2006). O edema, apesar de habitualmente estar presente, principalmente na face, mãos ou abdómen que não responde ao repouso de 12h no leito já não constitui um elemento diagnóstico de pré eclâmpsia, uma vez que é comum a qualquer gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008). A pré-eclâmpsia segundo as suas características pode ser considerada leve ou grave, sendo esta última diagnosticada quando estão presentes os seguintes critérios (ACOG, 2002):

Elevação tensional e pelo menos um dos seguintes fatores:	
Sintomas de disfunção do SNC	- Visão turva, escotomas, alterações do estado mental, cefaleia severa ou que não regride com analgesia.
Sintomas sugestivos de distensão capsular hepática	Dor epigástrica ou no quadrante superior direito; Náuseas e Vômitos
Lesão Hepatocelular	- Elevação das transaminases pelo menos duas vezes o normal.
Elevação tensional severa	- Sistólica $\geq 160\text{mmHg}$ ou diastólica $\geq 110\text{mmHg}$, medidas em 2 ocasiões separadas por 6h.
Trombocitopenia	- Plaquetas $< 100.000\text{ plaq}/\text{mm}^3$.
Proteinúria	- 5g ou mais em urina 24h (+++ na tira teste Combur®)
Oligúria	- $< 500\text{ ml}$ em 24h e clearance de creatinina $< 60\text{ml}/\text{min}$
RCIU severo/Oligoâmnios/Fluxo diastólico invertido	
AVC e Edema pulmonar/cianose	

Tabela 3: Critérios de diagnóstico de PE Grave

No que respeita à sua fisiopatologia a pré-eclâmpsia é caracterizada por vasoespasmos, alterações no sistema de coagulação e distúrbios relacionados com o volume e o controle da tensão arterial. Estas mudanças provocam uma série de complicações em todos os órgãos e sistemas, nomeadamente (Lowdermilk & Perry, 2008):

Fisiopatologia	Resultados
Vasoconstrição Generalizada	Hipertensão
Lesões arteriolares uteroplacentárias	RCIU; Descolamento de placenta e Aumento da contractilidade uterina
Lesão Glomerular	Proteinúria; Aumento do ácido úrico e da creatinina; Oligúria; Aumento da retenção de sódio
Edema Generalizado	Edema visível da face, mãos e abdômen; Edema depressível após 12h de repouso no leito
Espasmos do Córtex Cerebral	Cefaleias, Hiperreflexia, Actividade Convulsiva
Edema Pulmonar	Dispneia
Espasmos arteriolares da retina	Alterações visuais
Hemólise	Diminuição da hemoglobina Hiperbilirrubinemia materna
Microembolia Hepática	Aumento das enzimas hepáticas; náuseas/vômitos; epigastralgias, dor no hipocôndrio dt; hipoglicemia, ruptura hepática
Agregação Plaquetária	Trombocitopenia; CID

Tabela 4: Fisiopatologia da Pré-Eclâmpsia

Por sua vez o Síndrome de HELLP caracteriza-se pelo aparecimento de anemia hemolítica microangiopática, disfunção hepática e trombocitopenia. É considerado por muitos autores uma variante das formas graves de pré-eclâmpsia sendo acompanhado de riscos maternos (24%) e perinatais (30-40%) consideráveis (Lowdermilk & Perry, 2008).

Pode surgir em grávidas normotensas e sem proteinúria e em puérperas. As primeiras manifestações da desordem surgem geralmente após as 25 semanas e em cerca de um terço dos casos ocorrem no período pós-parto (Graça, 2010).

O síndrome de HELLP pode apresentar-se com uma fase inicial de instalação lenta, seguida por uma fase final de evolução mais rápida. Pode também ser uma expressão secundária de sépsis complicada, lesão pulmonar aguda, insuficiência renal ou doença multiorgânica com coagulação intravascular disseminada (CID).

No que respeita à sua clínica esta é muita variável, podendo estar presente hipertensão, proteinúria, epigastralgias e/ou dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, cefaleias, alterações de visão, oligúria, hiperreflexia e convulsões (Lowdermilk & Perry, 2008). Relativamente ao seu prognóstico, este geralmente é bom, no entanto podem surgir algumas complicações, nomeadamente coagulação intravascular disseminada, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, insuficiência renal aguda, edema pulmonar ou hematoma subcapsular hepático (Graça, 2010).

No que concerne ao prognóstico fetal, este essencialmente é afetado pela prematuridade, eventual restrição de crescimento intrauterino e em caso de DPPNI. No caso dos recém-nascidos que sobrevivem o prognóstico é semelhante aos recém-nascidos com a mesma idade gestacional (Graça, 2010).

De uma forma geral a forma de atuação tanto na pré-eclâmpsia grave como no síndrome de HELLP é semelhante, apesar de bastante complexa.

Segundo a ACOG (2002) o acompanhamento de mulheres com pré-eclâmpsia grave deve ser dirigido por especialistas em saúde materna e obstetrícia. Para além disso os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a importância das análises laboratoriais para a gestão da pré-eclâmpsia grave, o que até há alguns dias tudo isto ainda não se tinha demonstrado relevante.

O principal objetivo do EESMO nestes e noutros casos de gravidez com complicações é sempre promover o bem-estar materno-fetal, detetando o mais precocemente possível, todas as complicações associadas, agindo da forma mais eficaz e com a maior calma e perspicácia (Lowdermilk & Perry, 2008).

As atividades de vigilância, as intervenções resultantes de prescrição e os diagnósticos de enfermagem identificados e as respetivas intervenções são parte integrante de um plano de cuidados, nunca devendo ser descurados. No entanto temos o dever de refletir continuamente em todo este processo de intervenção, avaliando se se encontra direcionado para todas as dimensões de cada caso, de cada grávida, de cada casal, devendo, desta forma, ir de encontro a todas as suas necessidades.

Atividades de Vigilância

O nosso plano de atuação, nestes casos, baseou-se, sobretudo, no protocolo existente no serviço direcionado para esta patologia. Este por sua vez vai de encontro ao protocolo elaborado pelo professor Ayres de Campos e Nuno Montenegro (2008) e às evidências demonstradas pela ACOG (2002) e pela RCOG (2006).

Durante o período no qual a grávida permaneceu internada no serviço de grávidas de risco foram várias as atividades de vigilância realizadas, nomeadamente:

- Monitorização de tensão arterial e frequência cardíaca horária, se controlada (<160/100 mmHg) passa a ser monitorizada de 4/4h (sem necessidade de avaliar de noite se as tensões estiverem controladas durante o dia).
- Monitorização dos restantes sinais vitais uma vez por turno;
- Monitorização de balanço hídrico e diurese horária (através de algaliação);

- Monitorização de peso corporal uma vez por dia, sempre à mesma hora e na mesma balança;
- Monitorização de proteinúria uma vez por dia;
- Vigilância de sinais/sintomas de alerta (cefaleias, epigastralgias, alterações visuais, hiperreflexia, convulsões) uma vez por turno;
- Vigilância sinais e sintomas de toxicidade do sulfato de magnésio;
- Avaliação dos parâmetros laboratoriais através do estudo analítico diário ou de 12/12h se agravamento.

Várias **intervenções resultantes de prescrição** também podem surgir nestes casos, consoante cada situação em particular, nomeadamente, estimulação da maturidade pulmonar fetal, tocólise, repouso relativo ou absoluto no leito, sem dúvida, a avaliação cardiotocográfica, pelo menos, uma vez por turno e a prevenção e/ou tratamento de convulsões.

No que concerne à prevenção de convulsões a administração de sulfato de magnésio constitui a medida mais eficaz em dose de manutenção (2-3g/h, 8 ampolas de 50% em 1000 ml de SG) (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Hoje em dia compreende-se que o magnésio constitui um dos catiões mais abundantes e importantes do nosso organismo, na medida em que apresenta diversas funções, nomeadamente regulação da pressão sanguínea por modulação da reatividade do tónus vascular e da resistência periférica total (Wallace [et al.], 2003 cit. por Souza, [et al.], 2006). Para além disso interfere com a libertação de acetilcolina nas sinapses, diminuindo a irritabilidade neuromuscular, deprimindo a condução cardíaca e a irritabilidade do sistema nervoso central (Lowdermilk & Perry, 2008). O sulfato de magnésio deve ser administrado por via endovenosa através de máquina perfusora para um maior rigor da administração, na medida em que rapidamente pode atingir níveis tóxicos, principalmente se houver uma diminuição da diurese. Desta forma a monitorização horária da diurese aquando da sua administração foi realizada. Outros dos parâmetros que foram vigiados e monitorizados dizem respeito aos sinais e sintomas de toxicidade do sulfato de magnésio e os seus níveis séricos (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008):

1,5 – 2,5 mg/L	4 – 8 mg/L	9 – 12 mg/L	15 – 17 mg/L	30 – 35 mg/L
Normal	Níveis terapêuticos na profilaxia das convulsões	Perda do reflexo rotuliano	Paralisia muscular; Paragem respiratória	Paragem cardíaca

Tabela 5: Toxicidade do Sulfato de Magnésio

Se existir suspeita de toxicidade (FR <16/min ou saturação O₂ <96%, arreflexia) deve-se suspender de imediato a perfusão de sulfato magnésio ou administrar 1g de gluconato de cálcio por via endovenosa durante dez minutos no sentido de evitar efeitos indesejáveis como por exemplo arritmias, bradicardia e fibrilhação ventricular (Lowdermilk & Perry, 2008).

Após uma profunda análise e avaliação das necessidades de cada grávida/casal, em cada caso em particular, foram identificadas as principais necessidades no que respeita aos cuidados de enfermagem, no sentido de planear um programa de intervenção especializado o mais individualizado possível. Contudo, perante esta patologia, alguns **diagnósticos de enfermagem** são comuns, nomeadamente: Ansiedade, Perfusão dos Tecidos Comprometida, Risco de Desenvolvimento Fetal Comprometido, Risco de Lesão [Materna por irritabilidade do SNC], Risco de [Toxicidade Medicamentosa], Dor, Edema, Risco de [Trabalho de Parto Pré-termo], Conhecimento [sobre processo patológico] diminuído, entre outros específicos a cada caso. As **intervenções de enfermagem** planeadas foram de encontro a estes mesmos diagnósticos.

No que concerne ao conteúdo emocional da mulher grávida, em qualquer uma das situações patológicas anteriormente desenvolvidas, entram em jogo fatores psíquicos, preexistentes e atuais, e, entre os últimos, os componentes da gravidez e fatores ambientais. Tudo isto manifesta-se principalmente por intermédio da ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o termo.

A ansiedade tem várias causas identificáveis para cada trimestre, mas que se influenciam de uma forma psicodinâmica. Podem estar presentes sentimentos de ambivalência, negação, regressão, introspeção, entre outros. Numa gravidez de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são ainda maiores, começando, simplesmente, pelo próprio nome que se lhe atribui como de “alto risco”, ou seja “diferente” das outras. Por outro lado o próprio fator de risco existente constitui, como é fácil de compreender, uma das maiores componentes geradoras de stress, vivenciando a grávida um processo de luto relacionado com a “morte da gravidez idealizada”, surgindo sentimentos de culpa, raiva e censura. A própria hospitalização, por si só, também constitui um fator adicional de stress (Brasil, 2010).

No que respeita aos elementos familiares mais próximos da grávida, estes também podem, e em princípio, estão a experienciar alguns dos mesmos sentimentos, ainda que possa ser com intensidades diferentes, devendo desta forma também constituir um foco de atenção do EESMO. Um suporte familiar adequado, no qual é privilegiado sentimentos e

atitudes de apoio, companheirismo, empatia, contrariamente à presença de sentimentos de evitamento, raiva, exclusão, culpa, pode contribuir, e muito para o sucesso de todo o plano de intervenção (Lowdermilk & Perry, 2008).

Indução do Trabalho de Parto (ITP)

Apesar de não constituir uma situação inerente à gravidez de risco, os processos de indução de trabalho de parto fizeram parte da nossa realidade no decorrer deste estágio, sendo importante referir que para colaborar na prestação de cuidados inerentes a este processo tivemos que adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos nesta área no sentido de conseguir justificar e fundamentar as respetivas intervenções, desenvolvendo competências neste âmbito.

A indução do trabalho de parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes destas se iniciarem espontaneamente, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres a partir da 22ª semana de gravidez (ACOG, 2009).

No decurso dos vários anos, com o avanço da tecnologia e da ciência, a indução artificial do trabalho de parto tem sido indicada em diversas circunstâncias, nas quais os riscos de espera para o início do parto espontâneo são superiores aos riscos associados à redução do tempo de gravidez através do processo de indução, quer para a mãe como para o próprio bebé (OMS, 2011).

Desta forma as principais indicações para a indução do trabalho de parto foram descritas pela American Academy of Family Physicians (AAFP) pelo RCOG e pelo ACOG, incluindo desde indicações eletivas, como gestações de 41 semanas não associadas a nenhuma patologia obstétrica, ou situações nas quais a interrupção da gravidez se torna, de facto necessária devido a patologias maternas ou fetais, que fazem com que o prolongamento da gravidez esteja associado a um maior risco de vida materno ou fetal (Souza [et al.], 2010). Em gestações pós-termo e casos de rutura prematura de membranas a termo a indução do parto é fortemente recomendada. Rutura prematura de membranas em fetos pré-termo, gestação gemelar, oligo-hidrânio, diabetes, colestase, doença cardíaca materna, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia em gestações pré-termo (indução comparada à cesariana), restrição de crescimento fetal e gastrosquise foram considerados motivos de recomendação fracos para a indução. As situações de macrosomia fetal e pré-eclâmpsia grave em gestações pré-termo apresentam fraca recomendação para o processo de indução comparativamente com a conduta expectante (ACOG, BJOG, 2009 cit. por

Souza, [et al.], 2010). Indicações sociais, como a conveniência do médico e dos pais, não são referidas em qualquer evidência ou diretriz apesar de serem admitidas por alguns obstetras (Sampaio et al, 2004 cit. por Souza, [et al.], 2010).

Por outro lado os riscos de uma indução do trabalho de parto não podem ser descurados, nomeadamente: rutura uterina, infeção intracavitária, prolapso do cordão umbilical, prematuridade iatrogénica, sofrimento ou morte fetal e falha da indução (ACOG, 2009; RCOG, 2001; AAFP, 1999 cit. por Souza, [et al.], 2010).

Quando se fala num processo de indução de trabalho de parto as principais recomendações que devem ser tidas em conta neste tipo de procedimento no sentido de minimizar ao máximo os riscos materno-fetais também não podem ser esquecidos.

Segundo a RCOG (2001) recomenda-se que antes de iniciar o processo de indução todas as grávidas devem ser informadas devidamente no que respeita a todos os cuidados inerentes à técnica e a todos os riscos a que as mesmas e os seus bebés podem ser sujeitos, possibilitando, desta forma, que consigam optar conscientemente pela indução ou conduta expectante.

Outra questão centra-se no local, no qual deve ser realizada a indução, estando recomendado que até à fase ativa de trabalho de parto as grávidas de baixo risco podem iniciar o processo na enfermaria, enquanto que as grávidas de alto risco (suspeita de alteração de crescimento fetal, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, cesariana anterior e multiparidade) devem ser submetidas a uma vigilância mais rigorosa no pré-parto (RCOG, 2001). A indução do trabalho de parto em regime de ambulatório não se encontra recomendada, uma vez que não existem evidências suficientes para a sua realização nestas condições (Kelly et al, 2009 cit. por Souza, [et al.], 2010).

Uma outra recomendação refere que durante um processo de indução deve existir uma enfermeira especialista por grávida, permitindo fornecer um cuidado contínuo e individualizado (RCOG, 2001). Para além disso, segundo uma revisão sistemática, comprovou-se que o suporte contínuo intraparto, quer numa situação de indução ou não, é fundamental, estando associado a uma menor taxa de realização de cesarianas, a uma menor necessidade de analgesia, diminuição do tempo de trabalho de parto e a uma maior satisfação materna (Hodnett et al, 2007 cit. por Souza, [et al.], 2010).

No que respeita à monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas através de cardiotocografia no processo de indução está comprovado que também se devem seguir algumas recomendações, na medida em que se trata de um processo invasivo e que pode estar associado a uma taxa de alteração da frequência cardíaca fetal até 5% (RCOG, 2001). Desta forma recomenda-se que mulheres saudáveis

com gestações de baixo risco e que iniciem um processo de indução sejam submetidas inicialmente a uma avaliação inicial, incluindo a realização de cardiotocografia. No decorrer da indução recomenda-se a cardiotocografia contínua ou pelo menos a sua realização durante 120 minutos após cada aplicação do método de indução, que foi possível observar e realizar durante o estágio, segundo o protocolo do serviço. No decorrer da fase ativa de trabalho de parto a cardiotocografia deve ser realizada por um período de 30 minutos iniciais para confirmar a normalidade da frequência cardíaca fetal, podendo à posteriori optar-se pela auscultação intermitente (RCOG, 2001), situação esta que não se verifica na nossa realidade, na qual a cardiotocografia é realizada continuamente. Nas gestações de alto risco a cardiotocografia contínua é obrigatória, segundo os protocolos para a gestação de alto risco (AAFP, 1999, cit. por Souza, [et al.], 2010).

Quanto à metodologia adotada, esta depende sobretudo da pontuação do Índice de Bishop (IB).

	0	1	2	3
Dilatação (cm)	Fechado	1-2	3-4	≥ 5
Extinção (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Descida	acima I plano	I plano	II plano	III plano
Consistência	Duro	Medio	Mole	-
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	-

Tabela 6: Índice de Bishop (Graça, 2010)

Quando este é inferior a sete deve ser realizada previamente a maturação cervical/indução de trabalho de parto com prostaglandinas. Nos casos em que este é superior ou igual a sete está indicada a indução de trabalho de parto com ocitocina (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

No âmbito do amadurecimento cervical os dilatadores mecânicos, como por exemplo o cateter transcervical, para além do efeito mecânico direto no colo uterino, também estimulam a libertação endógena de prostaglandinas. Ainda assim, os métodos farmacológicos podem ser os eleitos para proceder à maturação do colo uterino quando as condições deste são desfavoráveis (Teixeira, 2010).

A dinoprostona, análoga de PGE₂, tem a vantagem de promover o amadurecimento cervical e simultaneamente induzir contractilidade no miométrio. Pode ser administrada por via vaginal, oral, intravenosa, intracervical e extra-amniótica. Duas preparações de dinoprostona estão comercialmente disponíveis para a maturação do colo uterino em gestações de termo: um gel de 2.5mL, contendo 0.5mg de dinoprostona, para ser utilizado via intracervical e um dispositivo de libertação lenta, para colocação no fundo do saco vaginal, que contém 10 mg de dinoprostona, libertando 0,3 mg/hora da substância ativa (Teixeira, 2010).

Por sua vez a prescrição sequencial de prostaglandinas e ocitocina, para indução do trabalho de parto, deve ter em consideração um intervalo mínimo de segurança. Tem sido recomendado que, após a aplicação de dinoprostona, a perfusão ocitócica deva ser adiada em 6-12 horas, para evitar a ampliação do efeito uterotônico da prostaglandina. Além do custo elevado, a dinoprostona necessita de ser armazenada à temperatura de 2 a 8°C (Teixeira, 2010).

Como contraindicações para a sua administração podemos considerar: antecedentes de hipersensibilidade às prostaglandinas, hemorragia genital com significado clínico, estado fetal não tranquilizador, desproporção feto-pélvica, apresentação não cefálica, gestação gemelar e asma brônquica (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

No que respeita ao misoprostol, análogo da PGE, este constitui um agente farmacológico seguro e eficaz na maturação do colo uterino e indução do TP, sendo comercializado sob a forma de comprimidos de duas dosagens, 100µg e 200µg. Contudo, as doses necessárias na gravidez de termo, tendo em vista o amadurecimento do colo uterino situam-se na ordem dos 25 a 50 µg e as vias de administração usadas têm sido a vaginal, oral e sublingual. A dose inicial não deve ultrapassar os 25µg e os intervalos de administração as 3-6 horas. O intervalo de tempo para iniciar a perfusão ocitócica deve respeitar as 4 horas, após o amadurecimento cervical com esta prostaglandina. O misoprostol por via vaginal parece ser semelhante comparativamente à dinoprostona intravaginal, tendo em vista o amadurecimento cervical, indução do trabalho de parto e efeitos colaterais. Este fármaco associa-se a uma diminuição da duração do trabalho de parto e do intervalo indução - trabalho de parto, sem aumento da taxa de cesarianas (Teixeira, 2010).

Por sua vez, a ocitocina é um neuropeptídeo com efeitos a nível central e periférico. As suas principais ações periféricas são a estimulação da contractilidade do miométrio durante o parto e a ejeção do leite durante a lactação (Graça, 2010).

Ainda segundo o mesmo autor a ocitocina sintética é o fármaco mais usado para a indução do trabalho de parto. O aumento dos recetores de ocitocina no miométrio com o aumento da IG explica o aumento de sensibilidade para este fármaco à medida que a gravidez avança. As diferenças nos níveis requeridos de ocitocina, para produzir contrações efetivas entre as grávidas, refletem as diferenças de sensibilidade e de função uterina pré-existente. A ocitocina sintética é geralmente administrada por via endovenosa consoante o protocolo de cada serviço (Teixeira, 2010).

As complicações mais frequentes dos fármacos utilizados na indução de trabalho de parto são a taquissistolia uterina, alterações da frequência cardíaca fetal, falência de

indução do trabalho de parto com consequente aumento da taxa de cesariana e a rotura uterina (Teixeira, 2010).

No que respeita ao papel do EESMO em situações de abortamento espontâneo ou em casos de interrupção médica da gravidez, o mesmo será desenvolvido posteriormente neste relatório, na medida em que estes casos são reportados para a Sala de Partos, para uma unidade específica, tendo sido desenvolvido o processo de aquisição de competências nesta segunda parte do estágio.

Por fim, sendo o nosso plano de intervenção tão abrangente e complexo, podemos dizer que de uma forma geral, foi muito gratificante desenvolver competências no âmbito da Gravidez de Risco.

1.2 Cuidar a Parturiente/Casal e Família durante o Trabalho de Parto e Parto

Segundo a Associação Europeia de Parteiras (EMA, 2005 cit. por APEO, 2009) “... ter um filho é um acontecimento emocional e social, no qual a confiança e a autoestima da mulher devem ser fomentadas e desenvolvidas”. A parturiente deve poder dar à luz num ambiente calmo, silencioso, que reforce os aspetos fisiológicos normais.

Todas as parturientes têm direito a ser assistidas por parteiras durante a fase de pré-conceção, da gravidez, do parto e do pós-parto. Esta assistência deve-se basear nas preferências e opções da mulher/casal no que respeita à experiência de parto que querem vivenciar, tendo em conta as suas crenças, valores e tradições.

No nosso país, segundo o Dec. Lei 333/87 de 1 de Outubro o título profissional atribuído para quem desenvolve as atividades de “parteira” é o de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Segundo o seu Regulamento de Competências (OE, 2010b), o EESMO assume no decurso do seu exercício profissional no âmbito da sala de partos o cuidado à mulher inserida na sua família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o mesmo num ambiente seguro com vista a otimizar a saúde quer da parturiente como do próprio recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. Desta forma, surgem então as

seguintes unidades de competência que o enfermeiro especialista deve adquirir e desenvolver durante a sua formação: Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizando a saúde do recém-nascido à vida extra-uterina; Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e por fim, Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto.

Assim este estágio, para além de ter em conta que para a conclusão da minha formação como futura enfermeira especialista teria que realizar 40 partos eutócicos, segundo na diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, centrou-se, sobretudo, na premissa que mais importante que a realização destes mesmos partos, a aquisição e o desenvolvimento adequado das competências anteriormente citadas deveriam constituir o foco da minha atenção, sendo cruciais para a excelência dos cuidados prestados. Sendo assim, tentei direcionar todo o meu desempenho neste sentido, considerando cada caso clínico como uma oportunidade de desenvolver as minhas capacidades e competências no âmbito da sala de partos e não apenas como mais um número, tentando contribuir, da melhor forma possível para o seu sucesso.

No que respeita à sua dinâmica funcional a sala de partos conta com o desempenho de uma equipa multidisciplinar que inclui duas enfermeiras especialistas (em todos os turnos), três obstetras coordenados, entre si, no sentido de responder, também, às necessidades do serviço de urgência e uma assistente operacional. Consideramos importante referir este ponto na medida em que, na maior parte das vezes, constitui uma mais-valia no sentido de todo o trabalho ser realizado em equipa, com partilha de informação e pontos de vista sobre cada caso clínico, enriquecendo todo o plano delineado contribuindo para o seu sucesso. Também, para uma melhor compreensão da referente dinâmica orgânica-funcional penso que é de valorizar a estrutura física do respetivo serviço, sendo este constituído por uma sala de expectantes com seis unidades, três boxes de parto individualizadas, uma sala de recobro com três unidades, uma boxe individual para situações de abortamento ou situações de interrupção médica da gravidez (IMG) e uma casa de banho completa partilhada.

A admissão das utentes na sala de partos pode ser devida a várias situações, nomeadamente grávidas em trabalho de parto, vindas do exterior, da urgência de obstetria, ou do serviço de internamento de grávidas, por indução ou trabalho de parto espontâneo, grávidas que necessitem de vigilância permanente com monitorização de

cardiotocografia contínua ou grávidas que se encontrem em situação de abortamento espontâneo ou quando são sujeitas a interrupção médica da gravidez.

Quando uma grávida é admitida é realizada, se possível, uma apresentação do serviço, dando conhecimento das suas regras de funcionamento. Por sua vez é dado início a uma breve entrevista inicial, no sentido de conhecermos, de uma forma geral, a grávida que estamos a cuidar, a sua história clínica e situação atual. Toda esta informação é completada pelos dados que se encontram no processo clínico e que, se a situação assim o permitir, deve ser consultado logo que possível. Dados como o número de gestações, paridade, tipo de parto anterior, alergias medicamentosas, presença de SGB positivo, tipo de sangue, presença de patologia associada, preferências e expectativas da grávida no que respeita ao parto são informações pertinentes que devem ser logo conhecidas e identificadas.

Uma das primeiras preocupações da grávida quando admitida na sala de partos, independentemente do seu estado, refere-se à possibilidade de ter consigo um acompanhante significativo, sendo ele o companheiro ou outro familiar mais próximo. Desta forma e sabendo nós, que este é um dos motivos geradores de grande ansiedade na grávida neste momento, é realizado, logo que possível o esclarecimento desta situação. Segundo a legislação vigente e o protocolo do serviço a grávida tem direito a um acompanhante se se encontrar em fase ativa de trabalho de parto, uma vez que nesta fase, a mesma é encaminhada para uma boxe de parto individualizada, obtendo, desta forma, uma maior privacidade. Tudo isto é explicado, desde logo, à grávida e respetivo acompanhante significativo com o intuito de estes entenderem o porquê destas condições.

A Humanização da experiência do parto e a promoção da qualidade dos cuidados foi uma constante. Desenvolvemos estratégias de intervenção para ajudar, e apoiar de acordo com a disposição legal, ainda que fosse necessário respeitar os protocolos e normas relativas a esta situação.

Por sua vez, no decurso das consultas de vigilância da gravidez ou durante os cursos de preparação para o parto e parentalidade, foi nosso objetivo para além de reforçar a importância da presença de um acompanhante significativo durante o parto, promover o esclarecimento de dúvidas do mesmo de forma a que este compreenda que não vai estar presente só para ver o que se está a passar mas para assumir um papel ativo durante o trabalho de parto, realizando, mesmo um trabalho de acompanhamento.

Quer no nosso país quer em Espanha, entre outros, a percentagem de mulheres que estão acompanhadas pelos seus companheiros durante o parto varia entre os 87 e os 96 %, referindo, os próprios companheiros, que é uma vivência extremamente agradável e

gratificante no sentido de poderem contribuir de uma forma ativa em todo este processo (Ibáñez Diaz, 2004).

Por sua vez segundo uma revisão sistemática da Cochrane (Hodnett, [et al.], 2007) o apoio contínuo intraparto está associado a uma menor utilização de analgesia farmacológica, a uma diminuição do número de partos instrumentados e cesarianas e aumento do número de partos eutócicos e a um maior grau de satisfação da mulher/casal com a sua experiência de parto. Por outro lado este apoio diminui as consequências adversas do medo e do stress associado quer ao trabalho de parto quer ao facto de se encontrar num ambiente desconhecido. Como é fácil de compreender a ansiedade durante o parto está associada à elevação dos níveis de epinefrina (hormona do stress), que por sua vez pode levar a uma diminuição da contractilidade uterina, levando a um atraso na evolução do trabalho de parto, assim como pode provocar bradicardia e hipotensão fetal, levando a baixos valores do Índice de Apgar (APEO, 2009).

No nosso país o acompanhante significativo, na maior parte das vezes, é o companheiro, no entanto devido ao atual contexto multicultural e étnico, as grávidas podem preferir outras opções que devem ser respeitadas.

Apesar do companheiro poder ter um papel ativo durante o trabalho de parto, é fundamental que a mulher se consciencialize que tem que desempenhar o papel principal em todo este processo, direcionando e focalizando toda a sua energia para o momento do parto, responsabilizando-se, também, por este. Esta consciencialização que deve ser iniciada no decurso da gravidez, quer nas consultas de vigilância pré-natal como nos cursos de preparação para o parto é designada por *empowerment*.

Segundo Bowen e Lawer (1995 cit. por Fitzgerald, 2011), o *empowerment* quer dizer “poder distribuído, conhecimento, informação e recompensa, resultando em resultados positivos através da interdependência dos termos”.

Desta forma a mulher/casal deve ser envolvida num processo de parceria em conjunto com os profissionais especializados no seu próprio trabalho de parto, envolvendo-a no plano de intervenção delineado, no sentido de a responsabilizar e de lhe fazer compreender que a sua participação é fundamental para o sucesso desta vivência (Bell, 2012).

Baseado em princípios éticos e fundamentado em evidências o parto deve ser considerado evento fisiológico no qual a mulher deve assumir a orientação de todo o processo (Sodré, [et al.], 2010).

No decurso deste estágio pode-se verificar que a maioria das parturientes não se encontra preparada para assumir uma posição pró-ativa durante o trabalho de parto,

direcionando todas as responsabilidades e todas as decisões quer para a equipa de enfermagem como para a equipa médica. No entanto pensamos que para contrariar esta forma de estar perante o trabalho de parto é fundamental, antes de mais, estabelecermos uma relação empática com a grávida, de confiança, questionando-lhe quais são as suas preferências e expectativas referentes a toda esta situação, verificando, inclusive se tem algum plano de parto.

Segundo a APEO (2009) o plano de parto trata-se de um documento escrito no qual a grávida manifesta e deixa claro os seus desejos e expectativas referentes ao trabalho de parto e nascimento do seu bebé. Aspectos como acompanhante significativo presente, administração ou não de analgesia epidural, liberdades de movimentos e posições a adotar durante o parto, a opção de ingerir ou não líquidos e alimentos, assim como aspectos relacionados com o recém-nascido, nomeadamente laqueação do cordão umbilical, contacto pele a pele após o parto, amamentar na primeira hora de vida, entre outros aspectos culturais ou religiosos devem estar incluídos neste documento. No entanto todas estas opções, apesar de sempre que possível serem respeitadas, devem ser ajustadas à realidade de cada situação e à dinâmica funcional e organizacional de cada serviço.

Outro aspeto que não deve ser esquecido é que quando a grávida por volta das 28-32 semanas de gestação elabora este documento deve ser consciencializada de que não existem partos perfeitos e que nem sempre a situação vai de encontro às suas expectativas podendo todas estas opções serem alteradas por ele própria, de acordo com a sua vontade naquele momento, ou pela equipa de enfermagem ou médica no sentido facilitar todo o trabalho de parto culminando com o seu sucesso.

Após terem sido identificadas as preferências e opções da grávida/casal, quer na sala de expectantes, quer nas próprias boxes de parto, a grávida tem direito à sua privacidade e a vivenciar este momento da melhor forma possível. Neste sentido, durante este estágio, sempre que possível, tentamos proporcionar um ambiente calmo, acolhedor e até mesmo confortável, reduzindo a luminosidade, colocando musica ambiente, caso a grávida demonstrasse essa vontade, transmitindo todas as informações pedidas sobre a evolução do trabalho de parto no sentido de deixar a grávida/casal no maior estado de tranquilidade e confiança possível. Segundo Lowdermilk & Perry (2008) a mulher em trabalho de parto deve-se sentir segura na sala de partos e livre para usar as medidas de relaxamento e conforto que prefere.

No que concerne às restantes intervenções de enfermagem referentes a cada caso em particular, estas diferem consoante o estadio de trabalho de parto na qual a

grávida/parturiente se encontra. A nossa intervenção baseou-se para além dos protocolos existentes na evidência mais atualizada.

O trabalho de parto é um processo que tem como objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

O decurso do trabalho de parto normal consiste na progressão regular das contrações uterinas, extinção e dilatação progressiva do colo e progressão na descida da apresentação que ocorrem em simultâneo com um conjunto de mecanismos que terminam com o nascimento, sendo estes o encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, restituição e por fim expulsão. Espera-se que estes mecanismos durante o parto se combinem e se conjuguem de uma forma harmoniosa (Graça, 2010).

Seguidamente será desenvolvido o processo de trabalho de parto e o respetivo papel do enfermeiro especialista nas diversas fases que o concretizam, sendo elas a fase da dilatação, expulsão e dequitação.

Primeira Fase de Trabalho de Parto - Dilatação

A primeira fase do trabalho de parto inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando ocorre a dilatação completa do colo. Quanto à sua duração esta primeira fase é muito mais prolongada que a segunda e a terceira em conjunto. Numa múltipara a dilatação pode estar completa em menos de uma hora, enquanto numa nulípara esta fase, habitualmente não dura menos de dezoito a vinte horas. As variações na sua duração estão, normalmente, relacionadas com as características da parturiente ou com a gestão clínica do trabalho de parto e parto (Albers, 1999 cit. por Lowdermilk & Perry, 2008).

Esta primeira fase do trabalho de parto pode ser dividida em três fases diferentes: a fase latente, a fase ativa, e a fase de transição. Na fase latente é possível observar uma progressão acentuada no que respeita à extinção do colo uterino. No decorrer das fases ativa e de transição é possível verificar grandes progressos na dilatação cervical e descida da apresentação.

A avaliação do início do trabalho de parto pelo enfermeiro especialista é um dos aspetos mais importantes para a sua condução. Assim devemos valorizar os seguintes sinais: presença de contrações uterinas regulares, início de extinção e dilatação do colo uterino, perda de líquido amniótico ou saída do rolhão mucoso. Todas estas alterações devem ser continuamente registadas num partograma. Este consiste numa folha de registo devidamente elaborado no sentido de mais fácil e adequadamente avaliarmos a evolução

do trabalho de parto, de forma a diminuir o número de intervenções desnecessárias realizadas (APEO, 2009). Antes de mais o partograma deve ser corretamente identificado e seguidamente deve incluir a seguinte informação: dados relativos ao número de gestações, paridade, idade gestacional, patologias associadas, presença de SBG positivo, tipo de sangue, data da rutura de membranas (espontânea/terapêutica e características do líquido amniótico), dados referentes à extinção, dilatação e progressão da apresentação (planos de Hodge), sinais vitais materno, frequência cardíaca fetal, administração de fármacos, entre outras situações (Lavender, Hart e Smyth, 2008).

Contudo para o seu preenchimento é necessário realizar na admissão à sala de partos uma correta avaliação da grávida, incluindo a avaliação dos sinais vitais, monitorização cardiotocográfica por um período mínimo de vinte minutos no sentido de avaliar o bem-estar fetal e presença de contractilidade uterina (e suas características) e, por fim, é fundamental realizar o exame vaginal, exceto se tiver sido realizado há pouco tempo.

O exame vaginal foi realizado no sentido de avaliar a extinção e dilatação do colo, o tipo de apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), a situação fetal (longitudinal, transversal ou oblíqua), a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) a progressão ou não da apresentação fetal (planos de Hodge), assim como avaliar a integridade das membranas amnióticas, devendo apenas ser realizado no momento de admissão ou se houver algum indício de progressão do trabalho de parto (aumento da contractilidade uterina, rutura de membranas e presença de pressão perineal). O recurso à técnica assética é obrigatório, assim como a informação prévia da grávida e seu respetivo consentimento, respeitando sempre a sua privacidade (Graça, 2010).

Se a grávida admitida se encontrar na fase latente do primeiro período de trabalho de parto, ou seja com menos de quatro centímetros de dilatação, sem contrações rítmicas e regulares e início de descida da apresentação, segundo o protocolo do serviço deve permanecer na sala de expectantes, na medida em que pode gerar ansiedade e falsas expectativas na grávida/casal, podendo, por outro lado, levar a que os próprios profissionais de saúde intervenham de uma forma injustificada, realizando por exemplo amniotomia, indução com ocitocina ou monitorização cardiotocográfica contínua (APEO, 2009).

Desta forma se a grávida admitida ainda não apresentasse rutura da bolsa amniótica, ou rutura acompanhada da apresentação no segundo Plano de Hodge, ou seja não encravada, e alterações do bem-estar fetal que obrigassem a monitorização contínua e a repouso no leito, esta era incentivada a deambular, a balançar na bola de parto, a tomar duchas de água quente no sentido de minimizar o desconforto, a ansiedade e desta forma facilitar a evolução favorável do trabalho de parto (Lowdermilk & Perry 2008).

A deambulação e a adoção de posições não supinas durante o trabalho de parto são recomendações, como se pode verificar *à posteriori* neste trabalho, instituídas e incentivadas por várias instituições no sentido de facilitar e promover um trabalho de parto saudável quer para a própria parturiente como para o próprio bebé.

No que respeita à ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto tivemos a possibilidade de verificar que este serviço segue as principais recomendações baseadas nas evidências mais atualizadas que referem que a restrição hídrica ou alimentar durante o parto não constitui uma mais-valia para o seu favorecimento. Desta forma durante a fase latente do trabalho de parto a parturiente, se assim o desejasse, poderia ingerir líquidos ou até mesmo realizar leves e pequenas refeições. Por sua vez durante a fase ativa era permitido que a mesma ingerisse líquidos claros.

Segundo a OE e APEO (2012) no livro “Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada” a parturiente, se desejar, pode ingerir durante todo o trabalho de parto líquidos claros no sentido de favorecer a progressão do trabalho de parto e promover o bem-estar materno e fetal. Esta medida é também defendida pela American College of Nurse-Midwives (2000), advogando a não restrição à ingestão de alimentos, sobretudo nas mulheres de baixo risco.

Os principais riscos apresentados pelas instituições que não defendem a ingestão hídrica e de alimentos durante o trabalho de parto são complicações anestésicas e consequentes sequelas caso seja necessário uma anestesia geral perante uma situação de emergência. Estas sequelas incluem a aspiração de conteúdo gástrico e consequente compromisso da perfusão de oxigénio, podendo colocar em risco a vida da mãe e do feto. No entanto, tudo isto pode ser refutado, uma vez que, atualmente, a anestesia regional (epidural e subdural) é mais utilizada que a geral, mesmo em situações de cesariana de emergência, encontrando-se a mulher acordada, consciente, capaz de proteger a via aérea (APEO, 2009).

Assim é fundamental uma ingestão adequada de líquidos e de calorias no sentido de combater as necessidades energéticas e a perda hídrica associadas ao parto. Num trabalho de parto arrastado desenvolvem-se corpos cetónicos se estas necessidades não forem preenchidas. No entanto a sua excessiva produção pode influenciar a atividade uterina e relacionar-se com uma maior incidência de partos instrumentalizados. Desta forma é fundamental que a parturiente possa ingerir líquidos ou alimentos pobres em resíduos no sentido de diminuir a produção de corpos cetónicos, mantendo a reserva energética mais importante para a mãe como para o bebé que é a glicose. O facto de a parturiente poder gerir a ingestão de alimentos sugere-lhe uma maior sensação de auto-

controlo, acabando esta por preferir, à medida que o trabalho de parto progride, pela ingestão de pequenas quantidades de líquidos, evitando a ingestão de alimentos sólidos (Lowdermilk & Perry 2008).

Durante o trabalho de parto outra dos focos de atenção considerados referiu-se à eliminação vesical. Desta forma, a parturiente foi encorajada a urinar pelo menos de duas em duas horas, uma vez que uma bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar uma diminuição do tônus da bexiga ou atonia no pós-parto (Graça, 2010). Quando a parturiente não conseguia urinar procedia-se a algaliação.

Relativamente à eliminação intestinal o enema de limpeza, realizado com a aplicação de clisteres, só foi realizado sempre que era pedido pela mulher, ainda durante a fase latente do trabalho de parto, não sendo realizado de forma rotineira, indo de encontro às evidências mais recentes (Tzeng, [et al.], 2005)

No que respeita às restantes atividades de vigilância realizadas durante a fase latente de trabalho de parto, de acordo com o protocolo do serviço, os sinais vitais foram avaliados a cada quatro horas, a avaliação cardiotocográfica deve manter-se durante 20 minutos de duas em duas horas se não tiver sido realizado nenhum procedimento, administração de fármacos, ocorrência de rutura de membranas ou presença de algum sinal sugestivo de sofrimento fetal (diminuição da variabilidade, presença de desacelerações prolongadas e ausência de acelerações, bradicardia ou taquicardia fetal) ou taquissístolia (mais de cinco contrações em dez minutos).

À medida que o trabalho de parto ia progredindo a parturiente, habitualmente, referia maior desconforto e maior sensação de dor, sendo encorajada a adotar diferentes medidas para o seu controlo e diminuição. O alívio da dor durante esta fase contribui para o aumento do bem-estar físico e emocional da parturiente, do bem-estar fetal, e para uma favorável evolução do trabalho de parto, constituindo, este, um dos principais focos da nossa atenção (Miquelutti, [et al.], 2009).

A dor experimentada pelas mulheres durante o trabalho de parto consiste no produto final de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais e a sua sensação é subjetiva e diferente de mulher para mulher. Neste sentido a expressão de dor por parte de cada mulher foi respeitada, tendo sido mobilizados os recursos disponíveis para alívio da mesma de acordo com as suas preferências (APEO, 2009).

Como métodos não farmacológicos possíveis de ser adotados nesta sala de parto, tivemos oportunidade de oferecer o duche com água quente, a deambulação e a liberdade de movimentos e posições, o balanceamento na bola de parto, a massagem suave

“effeurage” e a contrapressão (pressão constante na região sagrada), acompanhadas muitas vezes estas intervenções por musicoterapia ou diminuição da luz ambiente.

Quando a parturiente referia que o desconforto não diminuía e que a intensidade da dor estava a aumentar, um novo exame vaginal era realizado no sentido de avaliar localmente a evolução a nível de extinção, dilatação, integridade de membranas e progressão da apresentação fetal, de forma a podermos optar, consoante estas condições, qual o analgésico que devia ser utilizado.

Atualmente no trabalho de parto o tipo de analgesia mais utilizada para controlo da dor é a analgesia epidural, no entanto esta só era administrada, segundo o protocolo do serviço, quando a parturiente entrava na fase ativa de trabalho de parto, ou seja, quando apresentar contrações uterinas regulares, extinção igual ou superior a 80%, e tinha, pelo menos, quatro centímetros de dilatação no sentido de não prolongar a duração do trabalho de parto. Contudo os seus efeitos colaterais no que respeita à evolução do trabalho de parto ainda gerem alguma controvérsia. Sendo assim se a parturiente ainda se encontrar na fase latente, um dos fármacos mais utilizados é a Petidina.

A Petidina é um analgésico opiáceo agonista, tal como fentanil, particularmente eficaz no alívio da dor intensa, persistente ou recorrente. Habitualmente é administrado pela via intramuscular, na dose de 50mg. Após a administração o enfermeiro especialista deve ter em atenção aos seus principais efeitos adversos, nomeadamente náuseas e vômitos, sedação, confusão, sonolência, taquicardia ou bradicardia, prurido, retenção urinária, depressão respiratória, diminuição da variabilidade, bradicardia fetal e diminuição da atividade uterina, não devendo, desta forma, ser administrado numa fase muito inicial. Devido a todos estes efeitos, os sinais vitais maternos devem ser avaliados regularmente, devendo proceder-se à monitorização cardiotocográfica contínua pelo menos durante duas horas no sentido de despistar sofrimento fetal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Se o parto ocorrer entre uma a quatro horas após a administração deve-se vigiar sinais de depressão respiratória do recém-nascido, tendo sempre disponível o antídoto correspondente, que neste caso refere-se à naloxona.

O Tramadol é outro dos analgésicos opióides que também pode ser utilizado nesta fase inicial, no entanto segundo Keskin, [et al.] (2003) a Petidina parece ser uma melhor alternativa comparativamente com o Tramadol devido à sua superioridade em eficácia analgésica e devido a se encontrar associada a uma baixa incidência de efeitos colaterais maternos.

Tivemos oportunidade de colaborar, como elementos da equipa, no bloqueio epidural, mas antes tivemos a preocupação de procurar atualizar os nossos conhecimentos

sobre em que consistia, o tipo de fármacos usados e as contraindicações e clarificar qual o nosso papel e que tipo de colaboração. O bloqueio epidural é realizado entre a quarta e a quinta vertebra lombar, habitualmente recorrendo a dois tipos de fármacos, um anestésico, a ropivacaina e um analgésico opióide, o sufentanil. Para realizar a punção a mulher pode estar sentada com as costas curvadas ou na posição de Sims modificada, com os ombros paralelos, os membros inferiores ligeiramente fletidos e as costas arqueadas. Podem ser diversos os métodos utilizados para realizar a analgesia epidural, nomeadamente pode ser conseguido um bloqueio intermitente, injetando, repetidamente o anestésico ou analgésico, sendo este o método menos utilizado. Mais frequente é o método de bloqueio contínuo no qual a administração dos fármacos é realizada por seringa perfusora através de um cateter epidural, sendo este único método que pude observar. A administração controlada pela utente constitui o método mais recente, no qual é colocado um cateter ligado a uma bomba perfusora sendo esta controlada pela própria parturiente. A dosagem e o tipo de anestésicos ou analgésicos utilizados variam consoante o objetivo pretendido, como por exemplo, nos casos da necessidade de realização de uma cesariana, nos casos de partos instrumentalizados, ou simplesmente quando se pretende que a parturiente deambule ou consiga realizar esforços expulsivos eficazes, que na minha opinião e segundo a realidade vivenciada, não constituem aspetos tidos em conta (Graça, 2010).

É de conhecimento geral que a analgesia epidural apresenta várias vantagens, nomeadamente possibilita que a mulher permaneça acordada durante o parto conseguindo colaborar, é conseguido um bom relaxamento, os reflexos das vias aéreas mantêm-se inalterados, a paralisação motora é parcial, o tempo de esvaziamento gástrico não é afetado e as perdas hemáticas não são excessivas. Por outro lado as situações de sofrimento fetal são pouco frequentes, mas podem ocorrer em casos em que a absorção é rápida ou quando surge hipotensão materna acentuada (Lowdermilk & Perry 2008). Contudo, segundo os estudos mais atuais, apesar de constituir um dos métodos mais eficazes para alívio da dor durante o trabalho de parto, pode se tornar um fator pejorativo da sua evolução.

Segundo O'Hana [et al.] (2008) no seu estudo que incluía 39498 nascimentos, dos quais 9960 ocorram sob analgesia epidural, concluiu que as parturientes nulíparas que tinham sido sujeitas a analgesia epidural apresentavam uma maior taxa de partos distócicos, sobretudo partos por ventosa. Em concordância com esta mesma ideia Hasegawa [et al.] (2013) concluiu através do seu estudo que incluía um grupo de controlo de 1400 mulheres que não foram sujeitas a analgesia epidural e um grupo de 350 parturientes que realizaram esta mesma analgesia que esta estava associada a um trabalho

de parto mais prolongado que na sua grande maioria terminava em partos instrumentalizados. Por sua vez os resultados neonatais eram menos favoráveis nestes casos, não devido, apenas, ao tipo de analgesia mas sim ao tipo de parto realizado. Todavia muitas são ainda as discordâncias relativamente a esta temática, sendo necessários mais estudos.

Quando a parturiente pretendia então ser submetida analgesia epidural, ponderava-se, dependendo da fase de trabalho de parto em que se encontrava, se deveria ou não realizar o procedimento, no entanto se se apresentasse muito queixosa, mesmo que ainda se encontrasse na fase latente era questionado ao médico qual a sua opinião sobre a intervenção.

Após se ter decidido pela realização do procedimento era avisado o médico anestesista e preparado todo o material necessário. A parturiente era, então, transferida da sala de expectantes para a sala de partos e posicionada da forma mais adequada possível. Neste momento o procedimento é então explicado à parturiente, podendo ser complementado com alguma informação adicional dada pelo anestesista. A importância da sua colaboração no procedimento, explicando como poderia controlar melhor a dor em cada contração sem se mobilizar constituiu um dos focos da nossa atenção enquanto dialogávamos com a parturiente. Outra das informações relevantes para realização do procedimento era relativa à presença de alterações da coagulação (estar a ou não a fazer hipocoagulação) ou presença de alguma patologia hematológica, sendo estas situações verificadas anteriormente, assim como a presença de alergias medicamentosas. Aquando da chegada do anestesista a parturiente era encorajada a esclarecer todas as dúvidas optando ou não por assinar o consentimento informado.

No que respeita às restantes intervenções de enfermagem associadas a este procedimento temos a cateterização de uma veia, preferivelmente no antebraço esquerdo, de grande calibre, colocando em perfusão um Lactato de Ringer (1000ml) ao ritmo de 100ml/h, monitorização cardíaca contínua, no sentido de despistar consequências da terapêutica administrada e avaliação dos sinais vitais na primeira hora de dez em dez minutos e nas restantes de quinze em quinze minutos. Todas estas intervenções foram realizadas segundo o protocolo do serviço que vão de encontro aos protocolos de medicina materno-fetal do Dr. Diogo Ayres dos Campos, Nuno Montenegro e Teresa Rodrigues (2008).

Posteriormente a parturiente era posicionada confortavelmente, de preferência em decúbito lateral esquerdo para uma adequada perfusão materno-fetal, e iniciava-se a perfusão contínua da terapêutica instituída. Ao final de trinta minutos procedia-se à

algum tipo de intervenção no sentido de evitar a ocorrência de retenção urinária. Neste momento, segundo as normas da sala de partos, o companheiro ou a pessoa significativa poderia entrar, se a parturiente assim o desejasse.

Todos estes procedimentos eram explicados previamente à parturiente obtendo o seu consentimento para a sua realização.

Quando a parturiente se encontra na fase ativa de trabalho de parto, para além de poder contar com o apoio do companheiro ou outra pessoa significativa continua a necessitar da assistência e apoio por parte do enfermeiro especialista. Segundo Hodnett & Davies (2002) o suporte durante o trabalho de parto e nascimento inclui o apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, assim como o aconselhamento e informação à mulher. Desta forma e segundo o estudo realizado por estes dois autores o suporte prestado à mulher pode levar a uma redução na duração do trabalho de parto, a uma diminuição das complicações e intervenções cirúrgicas e obstétricas e aumentar a autoestima e satisfação e consequentemente maior colaboração por parte da parturiente. Tendo a noção que o suporte físico, emocional e psicológico à mulher em trabalho de parto é extremamente benéfico, no decurso do estágio da sala de parto, este constituiu mais um dos principais focos da nossa atenção.

Assim, perante os diagnósticos de enfermagem frequentemente identificados relacionados com estes aspetos, tais como: ansiedade relacionada com o trabalho de parto e nascimento, dor intensa associada à progressão do trabalho de parto, risco de coping ineficaz relacionado com o processo de trabalho de parto e fadiga, pudemos elaborar um plano de ação que fosse de encontro a estas necessidades, delineando um conjunto de intervenções como por exemplo: informar regularmente a grávida sobre a progressão do trabalho de parto, envolvendo-a ativamente na tomada de decisão relacionada com os cuidados inerentes; promover o auto-controlo e o tão apreciado “empowerment” consciencializando-a de que ela é capaz e que se se mentalizar disso tudo será mais fácil; promover medidas de conforto e de distração no sentido de diminuir a dor e a fadiga; encorajar, reforçar e elogiar a sua postura assertiva.

Para além do suporte emocional e psicológico a promoção do conforto é fundamental, como já foi mencionado anteriormente, adequando, se possível, as condições físicas da boxe às preferências da parturiente, promovendo medidas de relaxamento e conforto, como a massagem, o toque, assim como uma regular higiene quer da própria parturiente como do próprio leito.

No que respeita às restantes intervenções de enfermagem inerentes à vigilância do trabalho de parto e fase ativa temos: a avaliação dos sinais vitais de quatro em quatro

horas; monitorização cardiotocográfica externa contínua, exceto nas parturientes obesas e/ou quando existia elevada perda de sinal que se realizava monitorização interna; exame tocológico horariamente, exceto se se justificasse realizar mais precocemente.

No que concerne á realização de monitorização cardiotocográfica contínua versus auscultação intermitente durante o trabalho de parto, desde sempre, foram realizados estudos que evidenciaram as vantagens e as desvantagens de cada um destes procedimentos no que respeita a diversas variáveis, nomeadamente bem-estar materno-fetal e respetivas consequências neonatais, número de partos instrumentados e taxa de cesarianas.

A cardiotocografia foi iniciada em 1960 com o objetivo de avaliar simultaneamente a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas, promovendo um melhor prognóstico neonatal por garantir a sobrevida fetal intra-parto (Sousa, [et al.], 2008). Pode ser realizada de um forma contínua ou intermitente, externa ou interna, como já tinha mencionado anteriormente.

Constitui um método seguro para a mãe e para o feto, sendo um exame de baixo custo e não invasivo. Por sua vez deve ser padronizado com uma técnica adequada, evitando as diferenças entre os operadores. O traçado cardiotocográfico é operador dependente, uma vez que necessita de uniformização dos termos utilizados e atenção cuidadosa do operador. Habitualmente estes traçados são observados e interpretados por diferentes observadores podendo levar a falhas de diagnósticos se não houver uma congruência na sua avaliação. Desta forma é fundamental uma contínua aprendizagem relativamente à utilização e interpretação dos traçados cardiotocográfico quer por parte da equipa médica, quer por parte da equipa de enfermeiros especialistas no sentido de chegarem, também, a um consenso no que respeita aos critérios de avaliação de cada variável que é interpretada (Graça, 2010).

Durante este estágio tivemos a oportunidade de confirmar esta mesma situação, na medida em que em alguns casos existiam opiniões díspares relativamente aos diversos pontos interpretados, gerando dúvida, insegurança, e por vezes, atitudes menos positivas entre as equipas o que não é desejável. Assim, no sentido de chegar a uma uniformização na interpretação dos traçados cardiotocográficos foram marcadas sessões de discussão de vários casos clínicos, na qual tanto a equipa de enfermagem como a equipa médica poderiam esclarecer todas as suas dúvidas no que respeita à interpretação com um técnico especializado em cardiotocografia. Outro dos pontos desenvolvidos nestas sessões era referente à monitorização cardiotocográfica interna associada à realização de eletrocardiografia fetal (STAN – análise automatizada do segmento ST do

eletrocardiograma fetal) como método complementar de diagnóstico de sofrimento fetal. Felizmente tivemos a possibilidade de assistir a algumas destas sessões, constituindo estes, momentos enriquecedores e de aprendizagem neste estágio.

Por outro lado segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2001), a cardiotocografia contínua intraparto só deve ser realizada em gestações de elevado risco de morte perinatal, encefalopatia neonatal ou paralisia cerebral ou durante o trabalho de parto induzido ou conduzido com ocitocina. Desta forma a cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto não deve ser utilizada como rotina, reservando-se a casos particulares, nomeadamente gestações de alto risco, casos de indução do trabalho de parto, na presença de líquido amniótico com mecónio e quando ocorrem anormalidades na auscultação fetal intermitente (bradicardia, taquicardia ou desacelerações).

O traçado cardiotocográfico pode classificar-se como tranquilizador, não tranquilizador e patológico (Graça, 2010).

Os cardiotocogramas tranquilizadores ou normais, que asseguram o bem-estar fetal, ou seja, na presença dos quais é muito improvável a possibilidade de existir hipoxia e/ou acidose do feto, apresentam as seguintes características: frequência cardíaca fetal (FCF) basal entre os 120 e os 160 bpm, variabilidade normal (> 5 bpm e < 25 bpm), ausência de desacelerações (que são normais numa fase mais avançada do parto) e, por fim, presença de acelerações esporádicas.

Os traçados patológicos, frequentemente, estão associados a situações de asfixia, deterioração fetal causada por situações agudas (compressão grave do cordão umbilical, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, hemorragia feto-materna, entre outras situações), por situações crónicas (insuficiência útero-placentária, atraso do crescimento intrauterino, infeção fetal), quer ainda por situações iatrogénicas (hiperestimulação uterina e anestesia regional mal conduzida). Assim estes traçados assumem, na sua grande maioria, o seguinte padrão: FCF basal < 100 bpm ou > 180 bpm, variabilidade reduzida ou nula, padrões periódicos de mau prognóstico (desacelerações tardias, desacelerações variáveis graves) ou presença de padrão sinusoidal.

Por sua vez os traçados não tranquilizadores intraparto ocorrem com alguma frequência e constituem situações difíceis de interpretação. Na maioria dos casos estes traçados aparecem em fetos razoavelmente bem oxigenados ou, pelo menos não acidóticos, apresentando-se o recém-nascido com boa vitalidade. Assim, podemos constatar que a errada interpretação destes traçados, como sendo indicativos de hipoxia fetal, tem levado a que se realize, cada vez mais, cesarianas não justificadas

adequadamente, ou seja desnecessárias, não contribuindo, assim, para a diminuição da sua taxa, sendo este um dos principais objetivos de todas as instituições.

Desta forma este tipo de traçados está associado a um grande número de falsos-positivos referentes a casos diagnosticados de “sofrimento fetal” e apresentam o seguinte perfil: variabilidade diminuída não associada a padrões periódicos, desacelerações variáveis ligeiras/moderadas com variabilidade normal da FCF basal, desacelerações variáveis graves esporádicas com variabilidade normal da FCF basal, desacelerações tardias, geralmente acompanhando só algumas contrações, com variabilidade normal da FCF basal, bradicardia fetal ligeira (90-110 bpm), taquicardia fetal ligeira (160-180 bpm) com a parturiente apirética e padrão sinusoidal esporádico.

Perante estes traçados uma adequada e experiente interpretação é necessária, sendo por vezes vantajoso associar outro tipo método de avaliação ou instituição de medidas de recuperação “in útero”, tais como: interrupção da indução, nos casos de contractilidade espontânea, realizar tocólise se taquissistolia, modificação da posição da parturiente no sentido de aumentar a perfusão útero-placentária, administração rápida de cristaloides no sentido de corrigir uma eventual hipotensão materna e consequentemente fetal e administração de oxigénio, apesar desta medida ainda não estar devidamente comprovada. O toque vaginal para despistar uma situação de procidência do cordão constitui uma medida que também deve ser realizada (Graça, 2010).

Nestes casos tivemos a oportunidade de avaliar a eficácia da realização destas medidas, que em muitas situações foram instituídas no sentido de melhorar o bem-estar materno-fetal, detetando assim se se tratava de facto de uma situação de sofrimento fetal irreversível, sendo a realização do parto obrigatório.

Para uma adequada avaliação dos traçados cardiotocográficos a interpretação correta das respetivas variáveis avaliadas (variabilidade, linha de base, bradicardia, taquicardia, aceleração e desaceleração) é fundamental, tendo sido necessário a recontextualização destes conhecimentos já adquiridos durante o curso.

Segundo Sousa & Amorim (2008) a principal vantagem da cardiotocografia contínua é o registo contínuo e concomitante da FCF e das contrações uterinas, que podem ser gravados e analisados a qualquer hora do trabalho de parto ou subsequentemente, se for necessário, no caso de formações, auditorias clínicas, ou situações médico-legais. Por sua vez Graça (2010), refere que este tipo de monitorização também permite avaliar adequadamente a variabilidade da FCF, possibilita detetar a identificação de padrões periódicos, assim como a vigilância materno-fetal de várias parturientes por uma enfermeira especialista.

No que respeita às suas principais desvantagens, a monitorização cardiotocográfica contínua exige custos acrescidos, pode levar a interpretações erradas do bem-estar fetal e consequentemente a uma maior intervenção, compromete a mobilização da parturiente durante o trabalho de parto, levando a uma menor humanização do próprio parto e por fim pode gerar no casal a ideia e a convicção de que todos os casos de mortalidade perinatal e danos neurológicos podem ser prevenidos (Sousa & Amorim, 2008).

Por todos estes motivos atualmente ainda não existe um consenso sobre a realização de monitorização cardiotocográfica contínua ou auscultação intermitente durante o trabalho de parto, tendo sido desenvolvidos, ao longo dos anos diversos estudos, como já mencionei anteriormente.

Impey [et al.] (2003) realizaram um estudo comparando a cardiotocografia contínua intraparto com a auscultação intermitente no que concerne aos resultados neonatais, incluindo um grupo de 8,580 parturientes. Concluíram que a cardiotocografia contínua por rotina não melhorou o prognóstico neonatal nestes casos. Por sua vez também não houve um aumento significativo do número de cesarianas, no entanto, esta situação deve-se sobretudo ao facto da utilização de uma amostra de sangue fetal nos casos de traçados não tranquilizadores, diminuindo, desta forma, a percentagem de falsos-positivos.

Em concordância com os resultados anteriores Graham [et al.] (2006) realizaram uma revisão sistemática, na qual incluíram 41 artigos, chegando também à conclusão que a cardiotocografia contínua não está associada a uma diminuição da mortalidade perinatal ou morbilidade neurológica.

Por sua vez uma revisão sistemática da Cochrane (Alfirevic, Devane e Gyte, 2006), incluindo 12 ensaios clínicos com mais de 37000 parturientes, comparando estes dois procedimentos, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a realização da cardiotocografia contínua por rotina e a diminuição da taxa de mortalidade perinatal e de paralisia cerebral. No entanto houve uma redução pela metade, nestes casos, de ocorrência de convulsões neonatais. No que respeita ao número de cesarianas verificou-se um aumento significativo associado à cardiotocografia contínua.

Desta forma os resultados de todos estes estudos apontam para a realização de auscultação intermitente por rotina durante o trabalho de parto (primeiro estadio um minuto de auscultação intermitente a cada quinze minutos, no segundo estadio em todos os intervalos das contrações) reservando a monitorização contínua para casos de elevado risco de comprometimento fetal ou materno (Graça, 2010).

Contudo o que sem tem verificado na prática é que durante a fase ativa do trabalho de parto o recurso à cardiotocografia contínua é uma constante e na realidade em que

estivemos, faz todo o sentido porque devido ao rácio EESMO-parturiente é impossível realizar uma auscultação intermitente em todas estas ocasiões preconizadas em todas as parturientes admitidas, sendo, desta forma muito mais seguro quer para nós enfermeiros especialistas como para o binómio mãe-bebé a realização da cardiotocografia contínua durante a fase ativa do trabalho de parto.

Relativamente à amniotomia, ou seja rutura artificial de membranas, este, também, constitui outro dos procedimentos que gera alguma polémica entre a equipa médica e a de enfermagem, ou até mesmo entre os membros de cada equipa, o que é fácil de entender, uma vez que se trata de um procedimento invasivo que ainda suscita muitas dúvidas como intervenção favorável da progressão do trabalho de parto.

Segundo Smyth, Markham e Dowswell (2013) o mecanismo pelo qual a amniotomia facilita a evolução do trabalho de parto ainda não se encontra bem definido, no entanto estes autores acreditam que posteriormente à rutura de membranas a libertação de prostaglandinas e ocitocina aumenta levando à ocorrência de contrações mais fortes e a uma dilatação cervical mais rápida. Contudo segundo esta revisão sistemática da Cochrane que inclui 5583 parturientes a amniotomia não pode ser recomendada como intervenção de rotina no cuidado à mulher durante a fase ativa do trabalho de parto uma vez que não se conseguiu identificar diferenças estatisticamente significativas relativamente à duração do trabalho de parto, número de partos instrumentalizados e taxa de cesariana e resultados neonatais no que concerne ao grupo experimental e ao grupo de controlo.

Por outro lado Wei [et al.] (2013) em outra revisão sistemática na qual pretendem avaliar quais os efeitos da amniotomia associada à perfusão de ocitocina na prevenção ou resolução do atraso da progressão do trabalho de parto no sentido de diminuir a realização de cesarianas e a morbilidade materna e neonatal concluíram que de facto, segundo os vários estudos, a realização da amniotomia associada à perfusão de ocitocina pode levar a uma diminuição das taxas de cesariana.

Por sua vez um estudo randomizado controlado conclui que a rutura artificial de membranas reduziu significativamente a duração do trabalho de parto sem estar associada a efeitos prejudiciais materno-fetais e no tipo de parto. Os mesmos autores referem que é extremamente necessário continuar a investigar os efeitos deste procedimento, chegando a novas evidências, apesar de considerarem que não existe nenhuma razão para tentar manter a integridade das membranas amnióticas num trabalho de parto espontâneo numa primigesta na qual a amniotomia não está contra-indicada (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010).

No decurso do estágio tivemos oportunidade de realizar, algumas vezes, o procedimento da amniotomia sempre que todas as condições necessárias estivessem reunidas, nomeadamente a parturiente se encontrasse em fase ativa de trabalho de parto com mais de cinco centímetros de dilatação cervical, a apresentação fetal estivesse bem apoiada no sentido de evitar a ocorrência de prolapso do cordão e não houvesse qualquer indício de sofrimento fetal. Antes da realização do procedimento o mesmo era explicado à mulher, referindo inclusive as suas possíveis vantagens e riscos, podendo esta optar pela não realização. Segundo o protocolo do serviço a amniotomia é uma técnica asséptica, realizada através da identificação do colo uterino e das membranas amnióticas através do exame tocológico, com a introdução da pinça de amniotomia no sentido de romper as membranas. Com a mão esquerda mantinha-se a pressão no fundo uterino com o intuito de manter a cabeça apoiada e com a mão direita introduzia-se a pinça até chegar às membranas e realizava-se uma pequena rotação com o objetivo do seu rompimento. Seguidamente à apresentação era mobilizada ligeiramente, permitindo, lentamente, a saída do líquido amniótico sempre com cuidado de forma a evitar o prolapso do cordão que exigiria uma cesariana de emergência.

Posteriormente à realização do procedimento o mesmo era registado a nível informático e no respetivo partograma, indicando a hora da sua ocorrência e as características do líquido amniótico (quantidade, cor e cheiro). Seguidamente a este procedimento a monitorização cardiotocográfica contínua é obrigatória no sentido de despistar qualquer sinal de sofrimento fetal.

Perante uma situação de saída de líquido amniótico tingido com mecónio (velho ou recente) ou mesmo impregnado de mecónio (“puré de ervilha”) era contactado de imediato o obstetra e o neonatologista, assim como se procedia à preparação do material para realizar o procedimento de aspiração aquando o parto. A vigilância contínua do bem-estar fetal, através do traçado cardiotocográfico, é crucial nestas situações.

A amniotomia pode, também, ser mesmo necessária realizar nos casos em que se tenha que proceder à monitorização contínua interna, como já referi anteriormente, por descaptação ou por suspeita de sofrimento fetal no sentido de colocar um STAN com vista ao diagnóstico de situações de hipoxia fetal ocorridas intra-parto.

No que concerne à administração de fluidos por via endovenosa durante o trabalho de parto, segundo as recomendações mais recentes não deve ser realizada por rotina. Na maioria dos casos uma solução polieletrólítica sem glicose é mais adequada, uma vez que a glicose em excesso pode levar à ocorrência de hiperglicemia materna e hiperinsulinemia fetal que posteriormente ao nascimento se traduz em situações de hipoglicemia. Por outro

lado as soluções que contêm glicose também podem diminuir os níveis de sódio na mãe e no feto podendo provocar taquipneia neonatal transitória. Contudo se a parturiente se encontrar em jejum, já por um período prolongado, pode ser necessária a perfusão de fluidos com alguma percentagem de glicose no sentido de diminuir a produção de corpos cetónicos (Lowdermilk & Perry, 2008). No entanto esta opinião não é unânime.

Segundo Shrivastava, [et al.] (2009) durante o trabalho de parto a administração de uma solução com glicose, independentemente da sua concentração encontra-se associada a uma duração do trabalho de parto mais reduzida em nulíparas com gestações de termo. Por sua vez Sousa & Amorim (2008) refere que a vitalidade fetal evidenciada pelo registo de movimentos no traçado cardiotocográfico e pela variabilidade demonstrada pode ser melhorada oferecendo líquidos com glicose por via oral à parturiente ou através da perfusão de uma solução com glicose.

Contudo segundo as Guidelines clínicas da NICE (2006) a perfusão de fluidos endovenosos só deve ser realizada com indicações específicas como por exemplo no caso do tratamento da hipotensão, em emergências hemorrágicas e na administração de analgesia no sentido de evitar a hipervolemia e consequente retenção de líquidos.

Neste estágio a nossa atuação foi de encontro às evidências mais atuais pelo que a administração de fluidos por via endovenosa, só ocorreu em situações de administração de fármacos, aquando da realização da analgesia epidural, quando a parturiente se encontrava em jejum, ou estivesse perante uma emergência obstétrica e na presença de baixa variabilidade ou desaceleração fetal por diminuição da glicose no organismo materno ou em casos de hipotensão, perfundindo, nestes casos em particular, um polieletrólítico com glicose ou uma glicose a 5%.

No decurso deste estágio também tivemos a possibilidade de desenvolver competências no âmbito do cuidar de parturientes com patologia associada, sendo a mais frequente a diabetes gestacional. Dependendo desta ser controlada com dieta ou com insulina o protocolo a seguir, instituído pelo serviço, é diferente no sentido de manter um adequado controlo glicémico e metabólico.

Nos casos de parturientes com diabetes gestacional controlada com dieta, quando a parturiente entrasse na fase ativa de trabalho de parto e diminuísse a quantidade de alimentos ingeridos, era iniciada uma perfusão de um polieletrólítico com glicose a 125ml/h e monitorizada a pesquisa de glicemia capilar horariamente.

Por sua vez nos casos de parturientes com diabetes gestacional insulinotratadas, quando estas estivessem na mesma situação era colocado em perfusão, também, um soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/h, assim como era colocado a perfundir uma seringa

infusora com 50 unidades de insulina de ação rápida diluída em 50 ml de soro fisiológico a um débito que variava consoante o valor da pesquisa de glicemia capilar realizada horariamente.

Posteriormente ao parto era realizada ao recém-nascido uma pesquisa de glicemia capilar no sentido de despistar situações de hipoglicemia e complicações inerentes. Já no internamento esta vigilância materna e do próprio recém-nascido continuava segundo o protocolo instituído.

Outra situação específica diz respeito às parturientes que apresentavam SGB positivo. As grávidas podem apresentar colonização recto-vaginal assintomática por estreptococos beta-hemolíticos do grupo B, sendo considerado a transmissão desta bactéria ao recém-nascido a principal causa de infeção neonatal, podendo levar a quadro de sépsis neonatal. No recém-nascido, o SGB pode causar sépsis, pneumonia, meningite e infeções focais como mielite, artrite séptica ou celulite. A infeção neonatal precoce ocorre durante a primeira semana de vida, sobretudo nas primeiras 72h, sendo a principal via de infeção o contacto com o trato genital materno durante o parto. Por sua vez a infeção neonatal tardia ocorre depois da primeira semana, podendo surgir até aos 90 dias de vida. Na maioria dos recém-nascidos a meningite é a principal manifestação clínica de infeção tardia apesar da taxa de mortalidade ser relativamente baixa (2% nos RN de termo). Nesta situação a infeção já não é transmitida pelo contacto com o trato genital materno mas sim através de uma transmissão nosocomial (Graça, 2010).

Desta forma, são vários os estudos que comprovam a eficácia da administração de antibióticos por via endovenosa durante o período intraparto na prevenção da infeção neonatal por SGB.

Assim, segundo o protocolo do serviço e em concordância com Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) devem realizar profilaxia intraparto as grávidas que tivessem um recém-nascido anterior com infeção por SGB; a grávida que apresentassem bacteriúria com SGB na presente gravidez; sempre que apresentassem cultura positiva para SGB na presente gravidez (exceto se cesariana eletiva, na ausência de trabalho de parto ou rutura de membranas); naquelas que não houvesse conhecimento sobre a colonização de SGB (cultura não realizada, incompleta ou resultado desconhecido) na presença de trabalho de parto com menos de 37 semanas, ocorrência de febre intraparto ou rutura de membranas superiores a 12h. Nestes casos procedia-se então à profilaxia apenas por via endovenosa, na medida em que só assim se consegue atingir concentrações elevadas intra-amnióticas. A profilaxia deve ser iniciada no momento de admissão por trabalho de parto ou rutura prematura de membranas e deve terminar no período expulsivo. O antibiótico de

eleição para a profilaxia é a penicilina (numa dose de inicial de 5 milhões e 2,5 milhões de 4/4h até ao parto) ou ampicilina (numa dose inicial de 2g e de 1g de 4/4 horas até ao parto). Caso a parturiente seja alérgica à penicilina pode-se optar pela clindamicina ou eritromicina.

Outros dos casos no qual se procede, também, á profilaxia com antibioterapia no sentido de diminuir o risco de infeção materna e neonatal é referente ao caso de grávidas que apresentem rutura de membranas superior a doze horas, optando, preferencialmente nestes casos pela administração de ampicilina (2g numa toma inicial e 1g de 4/4 h).

Para além destas competências desenvolvidas nestes casos em particular, devemos ter em conta que nem sempre o trabalho de parto decorre da forma mais adequada, podendo surgir anomalias associadas aos mecanismos de trabalho de parto.

Por distócia compreende-se uma evolução anormalmente lenta do trabalho de parto associada à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão (Graça, 2010).

No decurso deste estágio tivemos a possibilidade de assistir a algumas situações de distócia que podem ser devidas a mecanismos de natureza dinâmica (existência de anomalias das forças expulsivas relacionadas quer com a disfunção contráctil uterina que com o esforço muscular voluntário inadequado durante o período expulsivo) ou a mecanismos de natureza mecânica (anomalias que resultam de alterações a nível da apresentação, da posição ou das dimensões do feto, anomalias da bacia materna ou anomalias dos tecidos moles do canal de parto).

Segundo Cunningham [et al.] (2012) a maior parte das distócias são devidas à associação da contração pélvica com disfunção contráctil uterina. De uma forma geral a disfunção contráctil ocorre quando existe uma desproporção entre a apresentação fetal e as dimensões do canal de parto. Por sua vez a disfunção contráctil uterina define-se pela ausência de forças uterinas suficientemente fortes ou devidamente coordenadas para levar à extinção e dilatação cervical.

A disfunção contráctil hipotónica caracteriza-se por contrações de baixa amplitude (inferior a 50mmHg) e a sua duração não ultrapassa os 45 segundos, sendo o intervalo entre as mesmas alargado (menos de duas contrações em dez minutos) insuficiente para extinguir e dilatar o colo adequadamente e a um ritmo satisfatório. Frequentemente a sua etiologia está relacionada com a existência de apresentações anómalas ou incompatibilidade feto-pélvica (IFP), situações de hiperdistensão uterina (gravidez gemelar

ou hidrâmnios) ou casos de rigidez cervical (nulíparas idosas ou fibrose do colo) (Cunningham [et al.], 2012).

No entanto antes de se proceder ao seu diagnóstico e respetivo tratamento é fundamental ter a certeza que a mulher se encontra mesmo na fase ativa de trabalho de parto ou não estamos perante uma situação de incompatibilidade feto-pélvica.

Se de facto a parturiente estiver na fase ativa de trabalho de parto e se a posição estiver encravada poderá se proceder à amniotomia, procedimento este já desenvolvido anteriormente, realizando-se todos os cuidados inerentes. Após 30 a 60 minutos verificando-se as alterações ocorridas ou a ausência delas, se não houver nenhum indício de sofrimento fetal poderá proceder-se à estimulação da contractilidade uterina através da perfusão de ocitocina. No entanto antes de se realizar este procedimento é fundamental ter a certeza que não se está perante uma IFP, uma vez que se esta estiver presente a cesariana deverá ser efetuada. Quando, aparentemente não existem indícios de IFP, mas ainda está presente alguma dúvida deverá ser realizada a “Prova de Trabalho de Parto” que consiste no início da perfusão ocitócica a um ritmo progressivo até se obter contractilidade uterina regular, mantendo-se a partir desse momento o ritmo de perfusão atingido. A perfusão é então interrompida nos casos que evidenciem ou sugiram sofrimento fetal ou quando não se verificarem modificações nas condições do colo ou progressão da apresentação (Graça, 2010).

Segundo o protocolo instituído a perfusão ocitócica deve ser realizada por via endovenosa, colocando dez unidades de ocitocina numa glicose 1000ml a 5% a um ritmo de 15 ml/h. Após 40 minutos verá proceder-se ao aumento do débito de 20 em 20 minutos a um ritmo de 15 ml/h de acordo com a dinâmica uterina, até a um limite de cinco contrações em dez minutos com um período mínimo de relaxamento de um minuto. Se hiperestimulação uterina suspender de imediato a perfusão. Se necessário, reiniciar com metade do ritmo suspenso e aumentar de 20 em 20 minutos a um ritmo de 10 ml/h.

Durante a perfusão ocitócica é crucial a realização de cardiotocografia contínua no sentido de despistar situações de sofrimento fetal ou taquissístolia (mais de cinco contrações em dez minutos).

Por outro lado a disfunção contráctil hipertónica consiste numa incoordenação da contractilidade uterina por ausência da dominância fúndica do estímulo contráctil, ou seja, nesta situação existem um conjunto de focos ectópicos desencadeadores de contractilidade uterina levando, desta forma ao seu assincronismo, provocando uma anarquia dos estímulos contrácteis dirigidos ao segmento inferior. Este tipo de disfunção graficamente é representada por ondas contrácteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos

curtos e irregulares, sendo observado, sobretudo, na fase latente do trabalho de parto, podendo ocorrer hipertonia uterina (aumento patológico da atividade miometrial, com maior amplitude, frequência e duração das contrações com aumento do tônus basal) ou taquissístolia (Cunningham [et al.], 2012).

Nestes casos a terapêutica instituída tem como principal objetivo diminuir a dor materna e a atividade uterina anárquica de forma a que o trabalho de parto prossiga normalmente. Perante estas situações, durante o estágio, se não houvesse indícios de sofrimento fetal era administrada analgesia, nomeadamente Petidina e caso estivessem a ser utilizados indutores de trabalho de parto estes eram retirados. Por sua vez quando a descoordenação contrátil surgiu espontaneamente verificou-se um resultado eficaz da administração de ocitocina no sentido de normalizar e coordenar a atividade uterina favorecendo a evolução normal do trabalho de parto.

No que respeita a episódios de distócia mecânica, estes foram, essencialmente, devidos a situações de incompetência feto-pélvica e apresentações de vértice occipito-posteriores. Esta última situação é habitualmente provocada pelo estreitamento transversal da bacia materna, não possibilitando, assim, a rotação espontânea para uma posição anterior (Graça, 2010). Foi possível verificar que estes casos estão associados a um trabalho de parto mais prolongado, com uma progressão lenta da apresentação fetal. Este tipo de distócia pode ser solucionado realizando rotação manual, que na maioria das vezes não é eficaz, ou com fórceps, ou simplesmente alterando a posição da parturiente de supina ou lateral para quatro apoios (mãos e joelhos no chão) (APEO, 2009). No entanto durante o estágio a maior parte das situações terminou na realização de uma cesariana.

Casos de distócia de ombros foram outras das experiências vivenciadas. A distócia de ombros é considerada uma emergência obstétrica pouco frequente (1%) que aumenta o risco de morbilidade e mortalidade materna e fetal durante a tentativa de assegurar o nascimento por via vaginal. Trata-se de uma situação na qual a cabeça nasce mas o ombro anterior não consegue passar sobre a arcada púbica. A incompatibilidade feto-pélvica e a presença de fetos macrossômicos parecem constituir as principais causas desta situação (Lowdermilk & Perry, 2008). Decorrente desta situação os principais riscos para o recém-nascido são: asfixia, lesão do plexo braquial e fratura, especialmente, da clavícula. Por sua vez os principais riscos para a mãe resultam da perda hemática excessiva que pode advir da atonia ou rutura uterina, da extensão da episiotomia ou da endometrite. As lesões do canal de parto também são frequentes (Graça, 2010).

Nestes casos, segundo o protocolo do serviço, foi chamado o chefe de equipa ou o obstetra mais graduado, contando, também, com o apoio do anestesista e neonatologista.

Seguidamente iniciaram-se as seguintes manobras (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008):

- Hiperflexão das coxas sobre o abdómen materno (Manobra de McRoberts) – devendo esta ser realizada com o apoio de dois ajudantes, enquanto outro realiza a tração contínua e progressiva da cabeça fetal;

- Pressão suprapúbica – deve ser conjugada com a manobra anterior, sendo efetuada de forma firme e contínua (1 a 2 minutos) por um dos ajudantes. A pressão deve ser realizada de forma a rodar o ombro anterior na direção do tórax fetal.

Habitualmente nestas situações a episiotomia é alargada no sentido facilitar a execução das manobras anteriores.

Nas duas situações que presenciamos estas manobras foram suficientes para solucionar os casos em questão. No entanto pode haver necessidade de mudar de estratégia e proceder-se a outro tipo de manobras, nomeadamente a manobra de rotação de Woods (rotação do ombro posterior) ou a exteriorização do ombro posterior. Os casos de insucesso, nos quais se tem que proceder à sinfisectomia e à manobra de Zavanelli (introdução da cabeça fetal na pelve para se proceder à cesariana) são raros.

Segunda Fase do Trabalho de Parto – Período Expulsivo

A segunda fase do trabalho de parto inicia-se com a dilatação cervical completa (10cm) e extinção total do colo (100%) e termina com o nascimento do recém-nascido. Este acontecimento é esperado que seja o mais fisiológico possível não associado a complicações, resultando da força eficaz exercida pelas contrações uterinas, pela própria gravidade, em alguns casos, e pelos esforços expulsivos favoráveis ao desenrolar do trabalho de parto (APEO, 2009).

O período expulsivo pode ser dividido em três fases: a fase latente, de descida e transição, sendo caracterizadas por comportamentos verbais e não-verbais da parturiente, atividade uterina, impulso para fazer esforços expulsivos e pela descida da apresentação. A fase latente pode ser compreendida como um período de descanso, na qual a apresentação fetal vai descendo lentamente na cavidade pélvica e rodando para uma posição anterior, sempre que possível, na presença de contractilidade eficaz. Neste momento a parturiente encontra-se calma, pode até mesmo dormir, não apresentando necessidade constante de realizar esforços expulsivos. Segundo Downe (2005) optar por uma intervenção passiva, na qual a mulher só inicia esforços expulsivos quando sente vontade pode constituir uma medida eficaz no sentido de diminuir a fadiga durante o trabalho de parto, promovendo uma maior sensação de auto-controlo, resultando, assim em esforços expulsivos eficazes,

quando necessários, diminuição do número de partos instrumentalizados, e melhores resultados maternos e neonatais.

Durante o estágio esta atitude foi a preferencial, no entanto quando a parturiente estava sujeita a analgesia epidural verificou-se que esta apresentava necessidade de orientação no que se refere ao momento de iniciar os esforços expulsivos, não devendo, estes, serem iniciados apenas quando a dilatação estiver completa, mas quando se verificar que a apresentação fetal já se encontra no terceiro plano de Hodge e numa posição anterior (Lowdermilk & Perry 2008).

O impulso expulsivo involuntário ocorre quando a contração alcança 30mmHg de amplitude e a apresentação fetal distende os músculos do assoalho pélvico, provocando o reflexo de Ferguson, que ocorre simultaneamente com a liberação de ocitocina, aumentando a qualidade e a intensidade das contrações favorecendo o esforço expulsivo realizado (Long, 2006).

Durante os esforços expulsivos foi avaliada a respiração da mulher de forma a que esta não a sustenha por mais de cinco a sete segundos de cada vez, aconselhando-a a realizar inspirações profundas no sentido de promover uma oxigenação materna e consequentemente fetal adequada. Assim, a parturiente deve realizar os esforços expulsivos durante a expiração (esforço de glote aberta) e deve respirar entre os mesmos, resultando, aproximadamente, em cinco esforços expulsivos por contração, devendo durar cada esforço cinco segundos. Realizar esforços expulsivos contínuos sustentando a respiração pode desencadear a manobra de Valsalva, comprometendo o bem-estar materno e fetal, tendo sido esta prática desencorajada durante o estágio.

Por sua vez a descida da apresentação fetal pode estar comprometida pela própria posição da parturiente, fazendo com que esta também não sinta necessidade de realizar esforços expulsivos, prolongando a duração do trabalho de parto. Esta situação ocorre, essencialmente, quando a parturiente se encontra na posição dorsal, devendo ser encorajada, se possível, a adotar uma posição vertical (de pé, de cócoras, de joelhos e mãos no chão), de forma a que a gravidade possa atuar, facilitando todo este processo. Como já referimos anteriormente e como é possível compreender, segundo os estudos apresentados seguidamente neste relatório, a posição vertical está associada a diversos benefícios, constituindo uma das principais recomendações de varias organizações mundiais relativas aos cuidados que o EESMO deve ter durante o trabalho de parto no sentido da sua humanização e promoção da sua evolução favorável.

Esta intervenção foi possível em alguns casos, nos quais as parturientes não apresentavam grande comprometimento da mobilização dos membros inferiores devido à

administração de analgesia epidural, podendo comprovar a eficácia destas recomendações quer no que respeita aos resultados inerentes na progressão adequada da apresentação fetal como a nível do controlo da dor, e bem-estar fetal. Nas situações, nas quais era impossível a parturiente adotar uma posição vertical a mesma era aconselhada a dotar uma posição lateralizada, na medida em que esta também está associada a resultados mais vantajosos (Gupta, Hofmeyr e Smith, 2009).

Relativamente à realização da manobra de Kristeller, ou pressão no fundo uterino, durante o período expulsivo, não está comprovada a sua eficácia, estando mesmo associada a taxas superiores de morbilidade materna (APEO, 2009). Frequentemente esta manobra é utilizada quando a administração de analgesia e anestesia diminui o poder expulsivo da parturiente, em casos de distócia de ombros e quando se verifica situações de bradicardia fetal ou traçados não tranquilizantes. No entanto a sua execução por enfermeiros especialistas está desaconselhada, uma vez que não existe uma técnica padronizada para a sua realização e uma base legal, profissional ou norma de procedimentos que regule a sua utilização (Lowdermilk & Perry 2008). Segundo a Guideline da Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 2007) a realização desta manobra por rotina deve ser evitada. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros juntamente com a APEO no Livro "Pelo direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada" (2012) também referem que é uma intervenção a não realizar pelas complicações a que pode estar associada, inversão uterina e descolamento placentário, maior número de lacerações, situações de incontinência urinária e fecal pós-parto, entre outras.

No que respeita à duração do período expulsivo, esta pode ser influenciada por vários fatores, como é fácil de compreender, nomeadamente eficácia das contrações uterinas primárias e secundárias, tipo e dosagem de analgesia administrada, condição física e emocional materna, posição adotada, nível de atividade, paridade e compatibilidade pélvica, tamanho, apresentação e situação do feto, fonte e tipo de suporte que a mulher recebe. Assim numa nulípara o período expulsivo pode durar entre 45 a 60 minutos e 15 a 20 minutos numa múltípara. Se este período se arrastar por mais de duas horas deverá ser comunicado ao médico obstetra, no entanto se houver indícios de progressão do trabalho de parto, bem-estar fetal e materno não há motivos para a realização de intervenções prematuras que podem levar à ocorrência de partos instrumentalizados (Lowdermilk & Perry 2008).

No que concerne propriamente à técnica de realização do parto eutócico, foram asseguradas e instituídas as intervenções e medidas preconizadas, tendo sempre em consideração as evidências mais atuais.

Segundo o protocolo do serviço para a execução do parto eram necessárias, pelo menos, duas pessoas, uma responsável pela realização do parto e outra pelos cuidados ao recém-nascido.

Aquando do período expulsivo, propriamente dito, preparamo-nos adequadamente, colocando uma touca, máscara cirúrgica e bata esterilizada e luvas esterilizadas. No sentido de manter a técnica asséptica foi colocado um campo esterilizado por baixos da região pélvica da mulher, sendo, também, colocados proteções esterilizadas nos membros inferiores e abdômen da mulher, posteriormente ao seu posicionamento em posição ginecológica e higienização da região perineal.

Durante o momento de espera de expulsão do recém-nascido a monitorização cardiotocográfica contínua foi mantida no sentido de despistar algum sinal de sofrimento fetal, sendo, somente, desligada após o nascimento do recém-nascido. Durante este período a parturiente, se necessário, foi encorajada a realizar esforços expulsivos durante a contração, sendo incentivada a recuperar entre as mesmas com respiração lenta e profunda.

Seguidamente as condições do períneo foram continuamente avaliadas à medida que a cabeça começava a coroar, no sentido de avaliar a necessidade de realização de tricotomia local e episiotomia mediolateral esquerda, apenas nas situações de eminência de laceração perineal e vaginal, nos casos de recém-nascidos prematuros no sentido de diminuir o risco de lesão cerebral ou nas situações de macrosomia fetal. Este procedimento não era realizado se a parturiente tivesse assinado o consentimento informado para a não execução do mesmo, exceto em situações de emergência.

Atualmente a episiotomia, na maioria das situações continua a ser realizada por rotina no sentido de facilitar a expulsão da cabeça fetal e pela própria insegurança dos profissionais. Durante o estágio a maioria dos partos realizados foram acompanhados de realização de episiotomia, exceto nos casos de algumas múltiparas como é possível verificar posteriormente neste relatório.

Ao longo dos anos várias investigações têm sido realizadas no sentido de demonstrar que a realização de episiotomia por rotina não é vantajosa, devendo apenas ser realizada em determinadas situações.

Segundo a ACOG (2006) a episiotomia não deve ser realizada por rotina mas sim por indicação materna ou fetal no sentido de minimizar a ocorrência de lacerações

maternas graves ou facilitar partos mais difíceis, que necessitem de um maior grau de intervenção (partos instrumentalizados). Assim a decisão executar ou não de episiotomia deve ser ponderada e individualizada a cada situação.

Em concordância com estas recomendações uma revisão sistemática da Cochrane realizada por Carroli e Mignini (2009) demonstra que a realização de episiotomia esporádica comparativamente com a sua execução de forma rotineira está associada a uma menor taxa de trauma perineal posterior e necessidade de sutura e complicações inerentes. No entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que respeita à presença de traumatismos vaginais ou perineais grave, assim como na dor percecionada. Por outro lado a restrição da realização de episiotomias encontra-se associada a um maior risco de desenvolver trauma perineal anterior. Contudo os vários estudos afirmam que a episiotomia deve ser realizada no parto instrumentalizado, no parto pré-termo, no parto pélvico, nas situações de macrosomia ou ameaça de laceração perineal, apesar de constatarem a necessidade de realização de mais estudos randomizados.

É fácil de compreender que os fatores de risco associados à ocorrência de trauma perineal (episiotomia ou lacerações) incluem a nuliparidade, a posição da mãe, a desadequação pélvica, a apresentação e variedade fetal, presença de macrosomia e a necessidade de realização de partos instrumentalizados. Para além disso está comprovado que a taxa de episiotomias é superior nos partos assistidos por obstetras do que naqueles que são realizados por enfermeiros especialistas (Shorten, [et al.], 2002 cit. por Lowdermilk & Perry 2008).

Segundo a nossa prática clínica durante o estágio, nos casos nos quais não foi realizada a episiotomia, a presença de laceração perineal ou vaginal foi frequente, no entanto tratavam-se, sobretudo, de lacerações de 1º e 2º grau, atingindo apenas a pele ou a estrutura muscular perineal respetivamente. No que respeita à dor sentida, esta foi sem dúvida menor no pós-parto, segundo a maioria das puérperas.

Após a realização ou não de episiotomia a saída da cabeça do recém-nascido foi assistida com procedimentos suaves, prevenindo a descompressão brusca com a proteção do períneo de forma a minimizar o risco de ocorrência de lacerações (Manobra modificada de Ritgen).

Posteriormente à saída da cabeça foi realizada uma palpação suave a nível cervical no sentido de despistar ocorrência de circulares do cordão. Estas situações foram frequentes, no entanto tratavam-se, essencialmente, de circulares largas, facilmente resolvidas, sendo necessários, apenas em duas situações, a laqueação do cordão à vulva,

por se tratar de circulares apertadas. Seguidamente o movimento de restituição (rotação externa) foi apoiado, procedendo-se à libertação do ombro anterior e em seguida do posterior, mantendo a proteção posterior do períneo com a mão direita.

Após o nascimento a hora do mesmo foi verificada e registada, procedendo-se à higiene do nariz e boca do recém-nascido com compressas de sentido de retirar o excesso de secreções e sangue permeabilizando a via aérea, avaliando-se em simultâneo o índice de Apgar ao primeiro minuto de vida, se necessário, estimulando taticamente o recém-nascido. Caso este se encontrasse estável era colocado no abdómen materno no sentido, de caso os pais assim o desejassem, clampar o cordão umbilical. Posteriormente o recém-nascido foi colocado num lençol quente, mostrado aos pais, e levado para a sala dos primeiros cuidados ao recém-nascido para os mesmos serem realizados.

No que concerne à clampagem do cordão umbilical, o momento em que este procedimento ocorre difere de instituição para instituição. Na maioria das instituições a clampagem do cordão umbilical ocorre imediatamente após o nascimento, situação esta, que vai de encontro com o protocolo instituído neste serviço em particular. No entanto tem-se realizado vários estudos no sentido de identificar as vantagens da clampagem tardia, ou seja clampar o cordão quando este deixa de pulsar. Segundo Lainez, [et al.] (2005) em condições normais, após o nascimento do bebé, enquanto as artérias umbilicais se contraem espontaneamente, a placenta transfere sangue oxigenado permitindo manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo do feto.

Por sua vez a Sociedade Espanhola de Neonatologia (2006) afirma que a clampagem do cordão só deverá ser realizada quando o recém-nascido estiver estabilizado.

Por outro lado Mercer (2001) defende, com a sua revisão da literatura, que a clampagem tardia consiste num mecanismo fisiológico que fornece ao recém-nascido um volume de sangue necessário para perfundir pulmões, intestinos, rins e pele, substituindo, assim, as funções respiratória, nutritiva, excretora e termorreguladora que realizaria a placenta. Executar a clampagem do cordão umbilical quando este deixa de pulsar, promove tempo suficiente para que ocorra transfusão placentária que aporta ao recém-nascido cerca de 30% de volume sanguíneo adicional e até 60% mais de eritrócitos, os quais ao serem destruídos por hemólise, aumentam em cerca de 50mg de ferro as reservas do bebé (APEO, 2009).

Em concordância com estes resultado uma revisão sistemática, incluindo 297 recém-nascidos verificou que o adiamento da clampagem do cordão em 30 a 120 segundos parece estar associado a uma menor necessidade de transfusão por anemia, baixa pressão arterial e menor taxa de hemorragia intraventricular (Rabe, Reynolds e Diaz-Rosselo, 2004).

Durante a nossa experiência a clampagem do cordão efetuou-se calmamente, sem urgência, nos casos possíveis, indo de encontro com as evidências mais recentes.

Se necessário, posteriormente, era colhido sangue do cordão para criopreservação das células estaminais e recolhido o respetivo tecido, e/ou para determinação do grupo sanguíneo fetal (incompatibilidade Rh/ABO e grupo O).

No que respeita à aspiração da orofaringe do recém-nascido à vulva na presença de mecónio no líquido amniótico não há evidências que demonstrem a sua eficácia comparativamente com a não aspiração no que respeita à prevenção do síndrome de aspiração de mecónio, baixos valores correspondentes ao índice de apgar ou internamento nas unidades de cuidados intensivos neonatais (Mercer, [et al.], 2010). No entanto, perante esta situação, de presença de líquido amniótico tingido com mecónio, segundo o protocolo instituído, foi preparado todo o material necessário para proceder à aspiração da orofaringe à vulva, apesar de este procedimento só ser realizado quando o recém-nascido se encontrasse hipotónico, cianosado e com dificuldade respiratória, sendo na maior parte das vezes, transferido para a UCIN no sentido de uma maior vigilância e despiste de complicações.

Já na sala de cuidados ao recém-nascido a realização de aspiração suave das vias áreas, a estimulação tátil e a manutenção da temperatura corporal foram intervenções realizadas e que, na sua grande maioria, são suficientes para a maior parte dos recém-nascidos estabelecerem a sua adaptação à vida extra-uterina. No entanto realizou-se o despiste de situações de dificuldade respiratória, verificando a possível existência de adejo nasal, cianose péri-bucal, tiragem ou gemido expiratório.

Segundo Graça (2010) estima-se que cerca de 1% dos recém-nascidos necessitam de manobras de reanimação diferenciadas, sofrendo, alguns, asfixia grave ao nascer e outro apresentam incapacidade de estabelecerem uma respiração eficaz nos primeiros minutos de vida, sendo a sua adaptação cardiorrespiratória extra-uterina anormal.

A avaliação do Índice de Apgar constituiu uma excelente forma de avaliar esta mesma adaptação, incluindo a avaliação dos seguintes parâmetros: frequência cardíaca pela auscultação com estetoscópio, frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica, tônus muscular pelo grau de flexão e movimento das extremidades, irritabilidade reflexa pela resposta do recém-nascido à estimulação tátil, e pela cor da pele, sendo cada item pontuado de 0, 1 ou 2, consoante a avaliação ao 1º, 5º e 10º minuto de vida (Lowdermilk & Perry 2008).

Posteriormente à estabilização do recém-nascido, o mesmo foi identificado e pesado.

Após todos estes procedimentos, segundo as evidências mais recentes, o recém-nascido deve ser colocado, despido, sobre o tórax ou abdómen da mãe, coberto por um lençol aquecido promovendo o contacto pele a pele. Segundo Anderson, [et al.] (2006) o contacto pele a pele, através de diversos estímulos sensoriais, como o tato, o calor e o odor, potencia o estímulo vagal, que entre outros efeitos, liberta ocitocina. Por sua vez, esta leva a um aumento da temperatura da pele da mãe, proporcionando calor ao recém-nascido, assegurando a sua temperatura adequada. Por outro lado segundo o Manual de Cuidados ao Recém-Nascido (Beck, [et al.], 2004) o contacto pele a pele para além de prevenir a perda de calor do recém-nascido, promove o estabelecimento da vinculação entre a díade mãe/bebé e favorece o início da amamentação. Um ensaio clínico randomizado demonstrou que os recém-nascidos que foram colocados em contato pele a pele com a mãe, imediatamente após o parto, no primeiro minuto após o nascimento e permaneceram em torno de uma hora e meia, apresentaram taxas significativamente maiores de sucesso na primeira mamada e necessitaram de menos tempo para estabelecer uma amamentação efetiva em comparação com recém-nascidos que tinham sido enrolados em cobertores e só colocados perto da mãe (Moore, [et al.] 2012). No entanto se a mãe demonstrar que não pretende o contacto pele a pele, o recém-nascido deve ser vestido adequadamente e colocado junto da mãe ou do pai.

Apesar do conhecimento, por parte de toda a equipa, sobre os benefícios deste procedimento, raras foram as situações nas quais tivemos a possibilidade de o realizar, tendo-nos justificado que era mais seguro para o recém-nascido e que a maior parte das mães fica constrangida com este procedimento. Assim, pensamos que esta é uma das atitudes que deve ser alterada em prol do bem-estar materno e do próprio bebé, devendo mais estudos serem realizados neste sentido. Desta forma, na maior parte das situações, o recém-nascido, após terem sido prestados os seus primeiros cuidados e se o mesmo estivesse estável, era vestido e colocado no colo do pai enquanto se aguardava pela dequitação e se realizasse, se necessário, a episiorrafia.

Outra das situações que atualmente gera ainda alguma controvérsia diz respeito ao momento do primeiro banho do recém-nascido, sendo diferente de instituição para instituição. O objetivo deste procedimento consiste na diminuição da colonização microbiana, remoção das secreções maternas, diminuindo o risco de contaminação do recém-nascido e dos seus cuidadores, sobretudo nos casos de diagnóstico de HIV, herpes e hepatite B. Por outro lado também está associado a um conjunto de questões estéticas, culturais e expectativas da família (Richetto & Souza, 2011). Por sua vez, o banho, também, proporciona estimulação tátil e da circulação geral da pele, promovendo conforto,

relaxamento e bem-estar (Conceição, [et al.], 2002; Pillegi, [et al.], 2008), favorecendo uma interação harmoniosa com os pais, auxiliando, desta forma, a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (Pillegi [et al.], 2008). No entanto também pode estar associado a situações de stress e hipotermia do recém-nascido.

Segundo Bhutta, [et al.] (2005) e Fernandes, [et al.] (2011) o primeiro banho deve ser dado após seis horas depois do parto devido ao risco de hipotermia e descompensação do recém-nascido durante esta fase crítica de transição. Por sua vez Richetto e Souza (2011) referem que este procedimento, idealmente, deveria ser realizado apenas quando o recém-nascido estivesse estabilizado, entre as três e seis horas de vida. Contudo Pugliesi, [et al.] (2009) com o seu estudo concluiu que nos casos de recém-nascidos saudáveis e de termo o banho nos primeiros minutos de vida não interferiu na sua adaptação cardiorrespiratória e na estabilidade da sua temperatura corporal. Por outro lado este estudo também demonstrou que os recém-nascidos que foram sujeitos ao banho na sala de partos foram mais tocados pelos próprios pais, estabelecendo-se mais eficazmente à amamentação. Desta forma a realização deste procedimento durante o estágio foi sempre ponderada, sendo executado apenas nos casos em que o recém-nascido estava estabilizado, num ambiente com uma temperatura adequada e demorando o menor tempo possível no sentido de prevenir as perdas de calor. Caso fosse possível, as preferências dos pais eram sempre tidas em conta.

Seguidamente procedeu-se à desinfeção do coto umbilical com álcool a 70° puro segundo a antiga orientação da Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) e realizou-se a profilaxia de hemorragia por deficiência de vitamina K no recém-nascido e da conjuntivite neonatal.

A administração de vitamina K deve ser realizada nas primeiras duas a quatro horas após o nascimento, não devendo ultrapassar as primeiras doze horas de vida, sendo a dose recomendada, 1mg por via intramuscular na face-antero lateral do músculo da coxa esquerda (Puckett & Offringa, 2008).

A aplicação do colírio ou pomada oftálmica, no sentido da profilaxia da infeção ocular, deve apenas ser realizada uma hora após o nascimento, de forma a não influenciar o contacto visual mãe-bebé, podendo utilizar-se diversos agentes antimicrobianos (Beck, [et al.], 2004). No estágio o mais utilizado era a pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina, colocada na pálpebra inferior dos olhos do recém-nascido.

Finalmente, logo que possível, o recém-nascido foi colocado à mama, no sentido de a puérpera iniciar a amamentação na primeira hora de vida, caso esta demonstrasse intenção de o fazer e se se encontrasse estabilizada.

A amamentação na primeira hora de vida está associada a um conjunto de vantagens, nomeadamente: estimula a libertação de ocitocina, promovendo uma maior contractilidade uterina, diminuindo a perda hemática pós-parto; o recém-nascido durante a primeira hora de vida apresenta-se mais reativo, com reflexos eficazes, possibilitando, na maioria dos casos, uma pega correta e uma sensação de segurança na mãe; favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho e, por fim, a amamentação na primeira hora de vida está associada a uma diminuição da taxa de mortalidade e morbidade neonatal (Boccolini, [et al.], 2013).

Terceira Fase do Trabalho de Parto – Dequitação

A dequitação ou terceiro período de trabalho de parto decorre desde o nascimento até à expulsão da placenta e das membranas fetais (Lowdermilk & Perry 2008).

Durante este período a parturiente permanece em decúbito dorsal, com a cabeça baixa, sendo-lhe explicado que vai continuar a sentir algumas contrações uterinas, cruciais para a expulsão da placenta, sendo fundamental a sua colaboração.

A própria expulsão do feto e a ocorrência simultânea de contractilidade uterina leva a uma sensível diminuição do tamanho do útero. Por sua vez, através deste mecanismo a superfície interna do corpo do útero diminui, enquanto que a superfície da placenta se mantém do mesmo tamanho, o que faz com que esta se contraia e se separe da parede uterina através da decídua esponjosa. Desta forma, ocorre uma contração e retração do miométrio, provocando um efeito de colapso das fibras oblíquas em torno dos vasos sanguíneos, formando as ligaduras vivas de Pinard, designando-se por globo de segurança de Pinard (Fernández, [et al.], 2013).

No que respeita ao grau de perda sanguínea, este depende da rapidez com que a placenta se desprende da parede uterina e da eficácia das contrações uterinas. Se estas não ocorrem da forma mais adequada pode ocorrer hemorragia pós-parto, sendo a causa mais frequente a hipotonia uterina (Prendiville, Elbourne e McDonald, 2006).

A hemorragia pós-parto define-se como a perda sanguínea genital de volume superior a 1000ml ou a perda de qualquer volume associada a compromisso hemodinâmico. A hemorragia uterina grave que ocorre dentro das primeiras vinte e quatro horas após o parto é a causa mais importante de morte materna. São várias as complicações que podem estar associadas à hemorragia pós-parto, nomeadamente: coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal e hemática e síndrome de dificuldade respiratória (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Em 2003 e 2006 a ICM e a FIGO formularam duas declarações conjuntas sobre a prevenção, manuseamento e tratamento da hemorragia pós-parto, tendo resultado num conjunto de recomendações, publicadas pela OMS em 2006, com o principal objetivo de prevenir a hemorragia pós-parto. Segundo esta publicação estas medidas são dirigidas a todas as parturientes.

Desta forma, segundo vários estudos e de acordo com estas recomendações o manuseamento ativo da dequitação, comparativamente, com a atitude expectante está associado a um menor índice de hemorragias pós-parto, menor perda de sangue e, consequentemente, a uma redução do número de transfusões sanguíneas (Prendiville, Elbourne e McDonald, 2006; Graça, 2010; Jangsten, [et al.], 2010; Fernández, [et al.], 2013).

Segundo estes mesmos autores a conduta ativa pode incluir um conjunto de procedimentos, tais como: administração de uterotónicos, aplicação de tração controlada do cordão umbilical e por fim realização de massagem uterina depois da expulsão da placenta.

A administração de ocitocina, como fármaco uterotónico, constitui uma das principais medidas adotadas no dequite ativo, uma vez que a sua ação é, praticamente, imediata, apresentando poucos efeitos secundários, podendo, assim ser administrada a todas as parturientes (OMS, 2006). Nos casos, nos quais, a ocitocina não se encontra disponível outros fármacos podem ser utilizados para a mesma situação, como é o caso da ergometrina, metilergometrina e misoprostol. No entanto estes medicamentos apresentam mais efeitos adversos e contraindicações, não podendo ser utilizados em mulheres hipertensas (OMS, 2006). No nosso país, estes fármacos, sobretudo o misoprostol, são mais utilizados em casos de hemorragia pós-parto.

Por sua vez a tração controlada do cordão umbilical corresponde à segunda medida que deve ser realizada durante a gestão ativa da dequitação, no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto. Segundo as recentes Guidelines da FIGO (2012) o cordão umbilical deve ser clampado perto do períneo logo que deixe de pulsar num recém-nascido saudável. Seguidamente deve ser colocada uma mão acima da púbis da mulher, aplicando uma pressão no sentido contrário ao do útero. A tração delicada do cordão só deve ser exercida durante uma contração forte, de forma a que a própria parturiente possa também auxiliar no dequite com esforços expulsivos. Se a placenta não descer e for expulsa ao final de 30 a 40 segundos de tração controlada do cordão, deve-se sustentar o cordão cuidadosamente e aguardar por uma nova contração uterina. À medida que a expulsão da placenta ocorre, a mesma deve ser segurada, rodando-a, delicadamente, assegurando a sua saída completa.

A massagem uterina apresenta-se como a terceira medida adotada na gestão ativa do dequite. Esta intervenção é frequentemente realizada após a expulsão da placenta no sentido de promover a contração uterina e a manutenção do globo de segurança. Desta forma o útero deve ser massajado até que esteja contraído, verificando-se a sua presença de quinze em quinze minutos nas primeiras duas horas pós-parto. A massagem deve ser realizada sempre que necessário, devendo ser despistada a descontração uterina após a sua realização (FIGO, 2012).

Contudo, no serviço em questão, antes de se proceder, de imediato, a estas medidas, optou-se por assumir uma atitude expectante, considerando-se a dequitude fisiológica como um final lógico de um processo fisiológico, podendo esta manter-se até uma hora após o parto, segundo o protocolo do serviço, desde que a hemorragia seja escassa e exista estabilidade hemodinâmica.

Assim, na maioria das situações, aguardou-se pelo aparecimento dos sinais de descolamento da placenta (sinal do cordão, realizando a manobra de Krustner, pequena perda de sangue e presença de útero firme e globoso). Após a confirmação de descolamento, a mulher foi solicitada, no sentido, de realizar esforços expulsivos durante as contrações para que a placenta se exteriorizasse. Uma pequena tração controlada do cordão foi exercida no sentido de facilitar a exteriorização da placenta, desde que existissem sinais de descolamento. Aquando da saída da placenta, realizou-se a manobra de Jacob-Dublin, que consiste na torção delicada da placenta e das suas membranas, com o intuito de evitar uma situação de retenção parcial placentária ou ocorrência de membranas fragmentadas.

Durante a dequitude foi, também identificado qual o mecanismo presente, mecanismo de Shultze (a placenta sai aparecendo primeiro a face fetal) ou o mecanismo de Duncan (aparece primeiro a face materna), sendo este menos frequente mas associado a uma maior perda sanguínea. No entanto este acontecimento não tem importância clínica.

Seguidamente verificou-se a formação e presença do globo de segurança de Pinard, massajando circularmente o fundo uterino, tendo sido iniciado, na maior parte das situações, uma perfusão de glicose com ocitocina, no sentido de prevenir a hemorragia pós parto, de acordo com o protocolo instituído (10 UI em 500 ml de SF a 125ml/h).

Posteriormente, a placenta é avaliada, verificando-se se está completa, se apresenta áreas de calcificação ou anormalidades, assim como o cordão umbilical, verificando o seu local de inserção, comprimento, presença dos três vasos, presença de nós ou outra alteração, e por fim, as membranas, analisando-se a presença e a integridade dos dois folhetos.

Por fim foi realizada a revisão uterina, averiguando a não existência de coágulos ou fragmentos de membranas no sentido de favorecer a sua contração e, consequentemente, promover a diminuição da perda hemática.

A verificação da presença do globo de segurança a cada quinze minutos nas primeiras duas horas pós-parto foi outra das intervenções realizadas.

Após a dequitação estar completa e a mulher se encontrar hemodinamicamente estável foi verificada a integridade do canal de parto, identificando a presença de lacerações vaginais e perineais, e se fosse o caso, era também, localizado o vértice da ferida cirúrgica resultante da episiotomia. Desta forma, antes de se proceder às necessárias correções, foi realizada a higiene perineal e colocados novos campos esterilizados. Seguidamente todo o material necessário para execução do procedimento foi preparado e a mulher informada relativamente ao mesmo. Outro dos focos da nossa atenção residiu no controlo da dor, assegurando, desta forma que a mulher não referia dor, ou se esta se encontrasse desconfortável era reforçada a analgesia por via epidural. Nos casos em que esta não foi realizada, que foram muito poucos, procedia-se a analgesia por planos da mucosa vaginal e perineal com Lidocaína a 2%, segundo o protocolo instituído.

Segundo as evidências mais recentes a sutura contínua com encerramento perineal intradérmico é o método de primeira escolha para a realização da episiorrafia e para a correção de lacerações de primeiro e segundo grau, caso as feridas sejam de moderada e extensão e não apresentem cicatrizes de lesões perineais prévias (varizes vulvares, condilomatose perineal, entre outras). Este tipo de correção juntamente com a utilização de poliglactina- 910 (Vicril® Rapid) 2/0 está associado a uma menor intensidade da dor nos primeiros dez dias de puerpério, menor necessidade de remoção de pontos, menor deiscência das feridas, melhor satisfação da puérpera com a sutura e a uma redução do número de fios utilizados. Por sua vez para a correção de lesões perineais e vaginais mais extensas deve ser realizada a correção por planos, finalizando com o encerramento por pontos separados de Donati (Campo, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Durante este estágio foram poucos os casos, nos quais não se realizou episiorrafia. Contudo, segundo o protocolo instituído pelo serviço e devido ao facto da técnica ensinada durante o curso de mestrado e especialização se focar essencialmente na correção perineal por planos, com encerramento com pontos separados de Donati, esta foi a técnica mais utilizada. No entanto pudemos observar, num dos casos, a realização da sutura intradérmica realizada por uma médica. Quanto ao fio utilizado, este sim, correspondeu ao Vicril® Rapid 2/0, justificando-se por todas as suas vantagens, como já foi mencionado anteriormente.

Assim a técnica de episiorrafia foi realizada da seguinte forma:

- Identificação do vértice da ferida, executando um centímetro a cima desta, um nó triplo, com secção da extremidade distal do fio;
- Sutura contínua não cruzada da mucosa vaginal até às carúnculas himeniais. Neste local foi realizado um nó triplo, seguindo-se a secção do fio restante;
- Encerramento por planos dos músculos e tecido celular subcutâneo perineais com pontos separados e nó triplo;
- Por fim, encerramento do períneo em direção à vagina com pontos separados de Donati e nó triplo.

Seguidamente foi realizada a higiene perineal e verificada a eficácia da correção, analisando se a perda hemática resultante da ferida não existia, ou se ainda existiam mais algumas lesões que necessitasse de correção. Uma das preocupação constantes na realização da episiorrafia consistia em não deixar espaços mortos que pudessem sangrar e formar hematomas, que tivessem que ser drenados *à posteriori*.

Por fim foram realizados os respetivos ensinamentos à mulher no âmbito da prevenção da infeção da ferida cirúrgica, controlo da dor localizada, e características do fio utilizado (duração, absorção, queda).

O cateter epidural foi, então, retirado e a puérpera transferida para uma sala de recobro, na qual permaneceu, cerca de duas horas até ser transferida para o serviço de puerpério. Durante estas duas horas três dos focos da nossa atenção basearam-se na manutenção da estabilidade hemodinâmica, controlo da perda sanguínea e na promoção do estabelecimento da amamentação eficaz. A privacidade dada à tríade familiar foi também assegurada.

No que respeita aos registos de enfermagem, estes devem ser continuamente realizados durante todo o trabalho de parto, sempre que houver essa possibilidade, identificando os principais focos de atenção para cada parturiente e as respetivas intervenções de enfermagem, tendo sempre em conta que o nosso plano de atuação deve ser o mais individualizado possível. Contudo existem alguns focos da atenção do enfermeiro especialista que são transversais a todos os casos, nomeadamente o foco trabalho de parto, dor associada ao trabalho de parto, nascimento, ferida cirúrgica perineal (se existir), infeção, hemorragia, retenção urinária, amamentar e bem-estar. Relativamente ao recém-nascido temos o mamar, o desenvolvimento infantil e a ferida associada ao coto umbilical.

Outra das situações que contribuíram para o desenvolvimento de competências refere-se aos casos de interrupções médicas da gravidez do primeiro e segundo trimestre ou morte perinatal.

Consideramos pertinente desenvolver estas situações neste capítulo, uma vez que foi neste estágio que com as mesmas contactamos, devido a todo o acompanhamento do enfermeiro especialista decorrer aqui, na sala de partos, por existir um quarto específico para estas situações, assegurando-se uma vigilância contínua e o máximo de privacidade possível. As restantes situações de abortamento espontâneo ou interrupções voluntárias da gravidez eram seguidas no serviço de ginecologia.

Em Portugal, de acordo com a Lei nº 16 de 17 de Abril de 2007 (Diário da República) a interrupção médica da gravidez é legal em diversas situações:

- Quando constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave ou irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e se for realizada nas primeiras doze semanas da gravidez;
- Se houver seguros motivos para prever que o recém-nascido virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e se for realizada nas primeiras vinte e quatro semanas de gravidez, ou em qualquer altura se se tratar de um feto inviável;
- Se a gravidez resultar de uma violação pode ser interrompida até às dezasseis semanas;
- Por opção da mulher a gravidez pode ser interrompida até às dez semanas.

Nos casos de IMG pela existência de malformações congénitas ou morte fetal o EESMO para além de acompanhar e atuar no processo de abortamento (até às 22 semanas) ou trabalho de parto do feto morto (a partir das 22 semanas), assume um papel crucial no que respeita à dimensão psicológica e emocional que envolve todo este processo.

O diagnóstico de uma malformação congénita pode mesmo constituir o final de um projeto de vida. Esta situação leva, inicialmente a reações de choque, trauma e rutura com a conceção prévia do mundo após a notícia do diagnóstico, que tem subjacente a perda de expectativas prévias de um bebé saudável (Lagor, [et al.], 2006 cit. por Canavarro & Fonseca, 2010).

Desta forma, Setúbal [et al] (2004, cit. por Patrocínio & Antunes, 2007) refere que posteriormente ao diagnóstico inicia-se um processo de luto pela perda do bebé saudável, enquanto novas expectativas começam a ser incorporadas na vida do casal. Este processo implica uma preocupação com a imagem do objeto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenos esquecimentos e negligências, hostilidade em relação ao meio circundante, bem como alterações profundas nos padrões de procedimento e comportamento (Lindeman, 1990 cit. por Patrocínio & Antunes, 2007).

O processo de luto é para muitos autores (Setúbal, [et al.], 2003 cit. por Patrocínio & Antunes, 2007) a única solução para ultrapassar esta vivência tão destrutiva, passando por diferentes fases:

Choque - A primeira reação constitui uma “paralisia” emocional, ocorrendo predominantemente ideias e sentimentos de incapacidade de lidar com a situação e até mesmo a impossibilidade de sobrevivência face à mesma.

Negação - Consiste na etapa em que os pais acreditam que alguma coisa falhou no diagnóstico, que esta situação não pode ser possível e que têm que procurar outros profissionais na esperança da não confirmação da situação.

Tristeza e Raiva - Diz respeito à primeira etapa de adaptação psíquica da situação. O casal começa a conseguir expressar sentimentos de tristeza e frustração face à situação de perda do bebé idealizado, sendo capazes de chorar e ficar com raiva, podendo esta ser dirigida a eles próprios, para pessoas próximas ou até para a própria criança. É fundamental informar e explicar que a ocorrência destes sentimentos é normal e que a melhor forma de lidar com eles é apresentar consciência dos mesmos.

Equilíbrio - Surge quando o casal compreende corretamente as informações inerentes à patologia, levando consequentemente a um entendimento da situação e provável adaptação.

Reorganização – Ocorre quando o casal é envolvido e participa ativamente no diagnóstico pré-natal, sendo as suas ansiedades acolhidas, tornando-se mais fácil a sua reorganização emocional.

Contudo, nem sempre este processo de luto é vivenciado da melhor forma. Por um lado a existência da crença social de que não existe qualquer dificuldade em engravidar e que desta, habitualmente resulta o nascimento de uma criança saudável. Por outro lado a própria rede social que envolve o casal quando tem conhecimento que alguma coisa não correu bem, para além do apoio inicial dado ao mesmo, tende a minimizar a importância do problema, esquecendo-se rapidamente dele, evitando falar nessa questão, sentindo-se o casal, cada vez mais sozinho, sofrendo, na maior parte das vezes em silêncio. Por sua vez os casais que adiaram a primeira gravidez por alguma razão e aqueles que apresentam algum problema de fertilidade, frequentemente, vivenciam esta situação de uma forma mais intensa, que nem sempre é fácil de controlar (Lowdermilk & Perry 2008).

Perante um diagnóstico de malformação congénita a decisão que tem que ser tomada, de interromper ou não a gravidez, constitui um grande dilema para o casal. Sobretudo se este diagnóstico for realizado já tardiamente, perto das 24 semanas, esta situação torna-se ainda mais complicada, uma vez que o casal tem pouco tempo para

refletir e optar ou não pela interrupção. Muitos são as dúvidas e a ansiedade que gira em torno deste processo, pensando se o diagnóstico presente está correto, se não há nenhum erro, se o bebê conseguiria sobreviver e ter algum bem-estar mesmo nascendo com o problema, se posteriormente conseguirão ter mais filhos, entre outras muitas questões, que surgem no momento desta decisão. Conflitos morais também podem evidenciar-se nestes casos, sobretudo nos casais com crenças religiosas, que não são a favor do aborto, dificultando, ainda mais todo o processo (Sousa & Pereira, 2010).

Nos casos de morte fetal esta vivência, também, é extremamente penosa, sobretudo, quando não existe um motivo, uma razão conhecida para um desfecho como este, sendo esta situação muito complicada sobretudo para a mulher que se culpabiliza e responsabiliza por algo ter acontecido (Sousa & Pereira, 2010).

A vivência da perda do bebê saudável ou do próprio bebê real pode ser diferente dependendo da fase em que o diagnóstico é realizado ou do momento em que ocorre a morte fetal, podendo haver um maior ou menor investimento na gravidez. No entanto em qualquer um destes casos esta situação é extremamente difícil de vivenciar, trazendo consigo diversas consequências a nível pessoal, social, profissional e entre os próprios elementos do casal. Por um lado existem casais que ao experienciarem esta situação conseguem reorganizar-se, reaproximando-se cada vez mais, levando mesmo a uma maturação da relação entre os dois elementos. Por outro lado, na situação oposta, sobressaem casais que ao se sentirem incapacitados face á angústia e dor inerente a todo o processo, distanciam-se um do outro, podendo mesmo chegar a uma situação de divórcio (Canavarro & Fonseca, 2010).

No que respeita à duração e à intensidade atribuída ao processo de luto realizado, estas diferem de casal para casal e entre os próprios elementos do casal, podendo demorar meses ou anos para a sua resolução (Sousa & Pereira, 2010).

Como é possível de compreender, face à complexidade de toda esta situação, de diagnóstico de anomalia congénita e decisão do casal de interromper a gravidez ou de morte fetal, devemos assumir uma posição de apoio ao casal no sentido de facilitar todo este processo.

Desta forma, é da nossa explicar a cada membro do casal os sentimentos e reações que podem surgir em cada etapa deste processo de transição, proporcionando um ambiente favorável à expressão de emoções, dando espaço para que o casal comunique um com o outro, exponha as suas angústias e dúvidas com o objetivo de promover um reajustamento entre os dois. É extremamente importante referir que cada um irá passar

por estas fases de uma forma e com uma duração diferente (Ferreira [et al.], 1990 cit. por Patrocínio & Antunes, 2007).

Por sua vez durante o trabalho de abortamento ou parto do feto morto é, também, da nossa competência identificar e monitorizar continuamente estas situações, assegurando, continuamente o controlo da dor da mulher, a sua estabilidade hemodinâmica, a manutenção dos efeitos secundários da medicação, e o seu conforto e privacidade, permitindo a presença contínua de um convivente significativo, se a mesma assim o desejar.

Disponibilizar o nosso apoio constante, informando sobre a progressão da situação durante todo o processo, quer à mulher, como ao convivente significativo, faz parte do nosso papel, assim como providenciar este mesmo apoio numa situação pós-aborto ou parto. Possibilitar que a mulher e/ou convivente significativo veja o feto morto, se algum assim o desejar, pode facilitar todo o processo de luto, devendo-nos demonstrar disponíveis para esta situação (Lowdermilk & Perry 2008).

Finalmente é também da nossa responsabilidade, a vigilância contínua numa situação pós-aborto no sentido de despistar, o mais precocemente possível, complicações, tais como: situações de retenção de restos ovulares ou placentários, sendo, em alguns casos, necessário proceder-se a uma curetagem (Graça, 2010).

Durante o estágio tivemos a possibilidade, de acompanhar dois casos de interrupção médica da gravidez por diagnóstico de malformação congénita grave, incompatível com a vida. Nos dois casos, segundo o protocolo instituído, a inativação do feto foi realizada através da administração de uma solução de cloreto de potássio via umbilical ou intracardiaca fetal através da técnica de amniocentese. Seguidamente o trabalho de abortamento ou parto foi induzido através da administração de misoprostol, não se tendo prolongado esta situação, por mais de 20 horas. Em ambos os casos a administração de analgésicos por via epidural foi realizada. Durante todo o trabalho de abortamento ou parto, todas as intervenções, mencionadas anteriormente, foram realizadas no sentido de tornar esta situação o menos penosa possível, favorecendo o reajustamento destes casais a todo este processo.

1.3 Pós-Parto e Cuidados após o Nascimento

O período pós-parto ou puerpério define-se como o intervalo que decorre desde o nascimento da criança até ao momento em que ocorre o retorno dos órgãos reprodutores ao estado não gravídico. No que respeita à sua duração esta fase, habitualmente, dura, sensivelmente, seis semanas, no entanto é variável de mulher para mulher (Lowdermilk & Perry 2008).

Por sua vez o nascimento de um filho, principalmente se for o primeiro, é um acontecimento que implica grandes mudanças, tendo um enorme impacto na vida, pessoal e familiar dos pais. O início da vida do bebé, apesar de frequentemente esperado e desejado, aciona um processo irreversível, que altera decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família. Desta forma a parentalidade pode ser descrita como um processo de incorporação e transição de papéis que começa antes mesmo da concepção e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de confiança no desempenho dos respetivos papéis, adaptando-se a esta nova fase das suas vidas (Colman e Colman, 1994 cit. por Leal, 2005).

Por mais simples e natural que todos estes acontecimentos pareçam, nem tudo é fácil, e nem sempre ocorre da melhor forma. Assim, segundo o seu regulamento de competências, cabe ao EESMO ser um elemento facilitador de todo este processo, tornando-o o mais saudável possível. Sendo assim o ESSMO, nesta área em específico, assume como principais competências: a promoção da saúde da mulher e do RN no período pós-natal; o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN durante o período pós-natal e por fim, providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido durante este período.

No decorrer do estágio todas estas competências foram adquiridas e desenvolvidas, como é possível verificar no que é descrito, seguidamente, neste relatório. Para além disso durante este período foi possível constatar que o serviço de puerpério, apesar de ser um serviço, aparentemente sem grandes exigências, demonstra uma enorme necessidade de cuidados especializados, sendo esta mesma necessidade mais que evidente quando não se verifica o sucesso do plano de intervenção no que respeita à promoção do bem-estar materno e do RN, prevenção e tratamento de situações de risco, e promoção da adaptação à parentalidade. Não criticando negativamente o trabalho desempenhado pelos enfermeiros generalistas, que muitas vezes, estão em grande número nestes serviços, cabe-

nos a nós, enfermeiros especialistas fazer a diferença, no sentido de justificar a nossa presença, num campo de atuação que é tão nosso. No serviço onde estivemos, o facto da equipa ser constituída praticamente por enfermeiros especialistas, constituiu uma mais valia, uma vez que tivemos a oportunidade de refletir e problematizar muitas das práticas instituídas e realizadas com alguém que também presta cuidados diferenciados e especializados.

Optamos por dividir esta parte do relatório em quatro principais focos da nossa atenção tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências específicas anteriormente mencionadas. Desta forma os principais campos de atuação durante este estágio estiveram relacionados com os cuidados prestados à puérpera nos primeiros dias pós-parto, aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido e preparação para a alta.

Cuidados à Puérpera no Pós-Parto

O puerpério do parto vaginal em mulheres sem patologia associada é fisiológico, encontrando-se associado a um conjunto mínimo de complicações. Estas podem estar relacionadas sobretudo com o risco de infeção e hemorragia, dor, alterações na eliminação vesical ou intestinal, dificuldades inerentes à amamentação, entre outras alterações psicológicas características deste período e que podem interferir na capacidade de adaptação à parentalidade (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Desta forma estas primeiras 48 horas de internamento, nos casos de partos vaginais, e 72 horas nos casos de cesariana são cruciais para que consigamos monitorizar e avaliar todas as alterações e adaptações fisiológicas inerentes, e ao mesmo tempo conseguir despistar precocemente complicações que podem surgir, promovendo uma vivência saudável deste período.

Após a chegada da puérpera e do recém-nascido ao serviço de internamento os mesmos são acolhidos e direcionados para uma unidade de cuidados, após sermos detentores da informação relativa ao parto, alterações e complicações que possam ter surgido com a mãe e com o bebé, se o recém-nascido iniciou ou não a amamentação e se esta foi eficaz, entre outras situações. Esta informação é transmitida pelo enfermeiro especialista que se encontra na sala de partos, antes da díade mãe-bebé chegar ao internamento. Assim este primeiro contacto consegue ser muito mais individualizado e muito mais simples, fazendo com que a puérpera não tenha que responder a uma serie de questões relacionadas com o momento anterior, podendo relaxar e usufruir do acontecimento.

À chegada são avaliados os sinais vitais, a presença de globo de segurança de Pinard eficazmente formado e a respetiva perda hemática, assim como é assegurado o controlo da dor. Se a puérpera ainda não tiver iniciado a alimentação, deve iniciá-la neste momento. O primeiro levante é realizado assim que a puérpera assim o desejar na presença de um enfermeiro, no entanto é aconselhado um período mínimo de repouso de quatro horas após o parto se a mulher tiver realizado analgesia epidural, segundo o protocolo do serviço. Durante este período de repouso a puérpera é incentivada a mobilizar os membros inferiores de forma a promover uma perfusão sanguínea adequada dos mesmos (Lowdermilk & Perry 2008).

Diversas são as alterações fisiológicas inerentes ao período pós-parto, nomeadamente alterações nos órgãos reprodutores e genitais da mulher, alterações endócrinas, alterações gastrointestinais, urinárias e cardiovasculares, devendo a sua contínua avaliação fazer parte do plano de vigilância puerperal no sentido de despistar o mais precocemente complicações.

No que respeita ao processo de involução uterina, isto é, o retorno do útero ao seu estado não gravídico, inicia-se, imediatamente, após a expulsão da placenta com a contração do músculo liso uterino. Neste momento, no final do terceiro período do trabalho de parto, o útero deverá encontrar-se na linha média, aproximadamente 2cm abaixo do nível do umbigo. Posteriormente, após as primeiras doze horas, o fundo uterino pode ser palpado 1cm acima da cicatriz umbilical. À medida que o processo de involução vai ocorrendo o fundo uterino tende a descer na cavidade pélvica 1 a 2cm em cada vinte e quatro horas (Cunningham [et al.], 2012).

Contudo, nem sempre, o processo de involução ocorre da melhor forma possível, podendo ocorrer uma situação de subinvolução, na qual o útero não consegue retomar ao seu estado anterior à gravidez, podendo esta situação estar associada a retenção de fragmentos placentários ou infeção. Desta forma foi fundamental realizar uma adequada revisão uterina após o parto e incentivar a massagem no fundo do útero no sentido de uma maior remoção de coágulos que possam interferir com a sua capacidade de contração e consequentemente involução. Outra das situações que pode provocar dificuldades no processo de involução, levando a uma avaliação errada da sua progressão, reside na distensão da bexiga. Esta situação provoca uma deslocação do útero acima da cicatriz umbilical, afastando-o da linha média do abdómen, não favorecendo o seu tônus normal. Assim a puérpera foi encorajada a esvaziar espontaneamente a bexiga logo que possível, mesmo que ainda se encontrasse em repouso no leito (Graça, 2010). Durante o estágio algumas das puérperas referiram dificuldade em iniciar a primeira micção, estando este

acontecimento associado, na maior parte das vezes, à diminuição do tônus vesical, ao edema provocado pelo traumatismo ou, simplesmente, ao medo pelo desconforto.

Outra das situações que pode levar a complicações mais graves e que está associada à incapacidade do útero em se contrair adequadamente é a atonia uterina. Em caso de atonia o útero enche-se de sangue e coágulos, os vasos sanguíneos do local da placenta não ocluem, provocando a hemorragia (Graça, 2010). Nestes casos, segundo o protocolo do serviço e em concordância com o Protocolos de Medicina Materno-fetal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008), a equipa médica foi contactada de imediato; a massagem uterina foi realizada continuamente; foram administradas 10 unidades de ocitocina por via endovenosa lentamente e colocada uma perfusão com 40 unidades de ocitocina em 500 ml de soro fisiológico a 125 ml/h; a administração de misoprostol (1000µg) por via rectal constituiu outra das medidas realizadas. Durante toda esta situação a estabilidade hemodinâmica da puérpera foi assegurada, através da administração de soluções cristaloides e contínua monitorização dos sinais vitais. No final destas situações são realizadas análises (hemograma, bioquímica e estudo da coagulação) no sentido de prevenir e diagnosticar complicações. Caso esta situação não reverta a puérpera deverá ser encaminhada de imediato para o bloco cirúrgico com o intuito de corrigir esta complicação, podendo terminar, na realização de uma histerectomia.

Desta forma a prevenção da hemorragia pós-parto ou perda sanguínea abundante constitui outro dos focos da nossa atenção no âmbito da vigilância puerperal. A perda sanguínea pós-parto, frequentemente, é classificada como escassa, ligeira, moderada ou abundante, sendo esta mesma avaliação subjetiva e pouco rigorosa. Apesar de avaliarmos as características dos lóquios, pelo menos uma vez por turno nas primeiras 24h, e termos conhecimento da sua evolução normal, na maior parte das situações, é difícil conseguir quantificar a quantidade da perda apresentada. Assim é crucial saber de quanto em quanto tempo a puérpera efetua a troca do penso higiénico, no sentido de despistar uma perda mais abundante. Outras das intervenções que foram realizadas de forma a diagnosticar uma situação de instabilidade hemodinâmica por perda sanguínea abundante são: avaliação das características da pele e mucosas da puérpera, avaliação da frequência respiratória e cardíaca, débito urinário e avaliação do estado de consciência. Caso algum destes parâmetros esteja alterado, são realizadas análises clínicas no sentido de diagnosticar, por exemplo, uma provável anemia, para se proceder, de imediato, à sua correção. É também fundamental perante uma perda sanguínea pós-parto mais abundante, retificar a integridade do canal de parto, averiguar a presença de hematomas vaginais ou

vulvares e retenção de restos placentares no sentido da sua resolução imediata (Cunningham [et al.], 2012)

Por sua vez o risco de infeção constitui outro dos diagnósticos identificados no puerpério. A infeção pode estar associada às feridas cirúrgicas presentes, perineais ou abdominais, a uma eliminação urinária ineficaz, a uma situação de retenção de fragmentos placentares, obstrução e infeção do tecido mamário (mastite), ou pode, simplesmente ocorrer, associada a outro órgão.

Desta forma a sua prevenção deve ser bastante abrangente, devendo mesmo começar pelos próprios profissionais, com uma correta lavagem das mãos nos momentos mais apropriados. Por sua vez, os assistentes operacionais devem assegurar a manutenção de um ambiente limpo, com a troca regular das roupas das camas, com uma higiene eficaz dos locais partilhados pelas puérperas, assim como os respetivos cuidados adequados com os resíduos hospitalares.

No que respeita às puérperas estas foram incentivadas a uma higiene pessoal regular, com a troca de roupa, sempre que necessário. Enfatizou-se a importância da higiene perineal a cada ida à casa de banho, devendo, esta, ser realizada com água tépida e sabão neutro, sempre no sentido da frente para trás. O penso deve ser trocado sempre que necessário, ou pelo menos a cada ida à casa de banho. A lavagem das mãos é outra das medidas que também foi incentivada. No sentido de prevenir a infeção urinária a ingestão abundante de água consistiu noutra das medidas explicadas às puérperas, assim como o esvaziamento vesical regular. No sentido de prevenir a mastite o ingurgitamento mamário foi diagnosticado o mais precocemente possível com o intuito da sua rápida resolução, assim como a prevenção do aparecimento de fissuras mamilares. Quanto à ferida perineal após episiotomia, esta foi observada, pelo menos, uma vez por dia, averiguando se existiam sinais de infeção, sendo os cuidados inerente reforçados, explicando que a sua higiene regular é fundamental (Lowdermilk & Perry, 2008). Perante uma ferida cirúrgica abdominal, o penso da ferida, segundo o protocolo do serviço, só deve ser trocado se estiver descolado, repassado, ou se a puérpera apresentar queixas, no sentido de minimizar a manipulação da ferida, diminuindo, assim, o risco de infeção. No entanto antes da alta foi sempre executado o tratamento à ferida cirúrgica. Alterações nas características dos lóquios, sobretudo, se estes apresentarem um cheiro intenso, também podem ser sugestivas de presença de infeção.

O aumento da temperatura corporal acima dos 38° C é um sinal de infeção, no entanto tem que ser excluída a situação de “descida de leite” que habitualmente ocorre entre as 48 e as 72h e que, frequentemente, é acompanhada de uma situação esporádica

de aumento da temperatura basal. O aumento da proteína C reativa (PCR) sérica é outro sinal sugestivo de infecção que deve ser tido em conta nestes casos (Graça, 2010).

Durante o estágio a dor constituiu outros dos focos de atenção considerados, estando associada, na maior parte das vezes, à presença de ferida cirúrgica perineal ou abdominal, presença de contractilidade uterina, sobretudo, durante a amamentação, presença de fissuras mamilares e associada a alterações da motilidade intestinal. Desta forma o principal objetivo das nossas intervenções perante o diagnóstico de dor era diminuir e controlar a sua intensidade através da administração de analgésicos e adoção de medidas não farmacológicas, sobretudo, nos casos de presença de ferida cirúrgica perineal decorrente de episiotomia, sendo incentivada a puérpera a realizar crioterapia no local da ferida, durante 10 a 15 minutos, três vezes ao dia, ou a proceder mais regularmente à higiene perineal, direcionando água fria para o local da ferida.

A prevenção da obstipação, que resulta consequentemente em desconforto abdominal, foi, também realizada, incentivando a puérpera a ingerir mais líquidos, uma dieta pobre em gorduras e rica em fibras, sendo aconselhada, também, a deambulação. No caso da presença de prolapso hemorroidal a realização crioterapia local também foi aconselhada assim como a aplicação de um creme anti-hemorroidário (como por exemplo o Sheriproct®) duas vezes ao dia (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

A utilização de cinta pós-parto não é uma medida obrigatória, nem nos casos de cesariana, uma vez que não há um consenso sobre as suas vantagens ou desvantagens, deixando-se, assim, ao critério da puérpera (Lowdermilk & Perry 2008).

A estabilidade hemodinâmica e metabólica puerperal constitui, também, outro dos focos da nossa atenção, principalmente em situações de patologia hipertensiva anterior ou concomitante com a gravidez e nos casos de diabetes gestacional, assegurando, desta forma, todos os cuidados inerentes a estas duas patologias.

Situações de incontinência urinária são comuns após um parto vaginal, uma vez que durante a gestação e o parto, o tónus muscular diminui devido à dilatação e estiramento dos tecidos do assoalho pélvico, desta forma a promoção dos exercícios que fortalecem esta musculatura no período pós parto é outro dos aspetos que o EESMO deve ter conta. Assim os exercícios de Kegel foram incentivados a partir do nascimento, logo que possível, como medida preventiva da incontinência urinária e promoção de uma cicatrização saudável, podendo ser realizados várias vezes por dia. Aquando da sua realização a puérpera deverá ter a bexiga vazia e estar posicionada numa posição confortável. Seguidamente deve contrair os músculos do pavimento pélvico como se estivesse a tentar parar de urinar, durante três a cinco segundos. Para avaliar se estes estão a ser realizados

corretamente o EESMO pode introduzir dois dedos na vagina da puérpera e verificar se os músculos do pavimento pélvico se contraem e relaxam eficazmente (Santos & Pedroso, 2007).

Após a realização de uma cesariana a puérpera permanece em repouso seis horas nos casos de uma anestesia geral ou epidural, ou doze horas nos casos de raquianestesia, sendo incentivada a mobilizar os membros inferiores durante este período. Segundo o protocolo do serviço até iniciar dieta a puérpera fica com soroterapia em curso, habitualmente um polieletrólítico com glicose a 80 ml/h.

A dor é controlada através de administração de analgésicos por via endovenosa ou epidural. Na maior parte das situações, as puérperas que foram sujeitas a uma cesariana, trazem um DIB (Drug Infusion Balloon) que é um sistema de infusão contínua de analgesia, composto por dois elementos principais: o balão de silicone e um microrregulador de cerâmica. Nestes casos o balão é preenchido com o volume do fármaco que se pretende administrar (morfina, bupivacaína, fentanil, entre outros) através de uma válvula unidirecional, perfundindo para o cateter epidural através de uma válvula que controla a uniformidade do débito. Durante a perfusão desta medicação diferentes efeitos secundários devem ser despistados, como a presença de náuseas ou vômitos, tonturas, parestesias ou prurido, devendo a administração da medicação ser interrompida se estes sintomas se exacerbarem (Garcia, 2006).

A estabilidade hemodinâmica e a presença do globo de segurança de Pinard bem formado, bem como a quantidade da perda hemática apresentada, constituem outros dos focos da nossa atenção, durante as primeiras doze horas pós cesariana, sendo incentivada a puérpera a realizar, enquanto está em repouso, a massagem no fundo uterino no sentido de facilitar a saída de coágulos, promovendo uma contractilidade mais eficaz. O conforto e o bem-estar da puérpera são outras das preocupações, assegurando uma higiene regular e um ambiente tranquilo, promovendo o esclarecimento de todas as dúvidas. Enquanto a puérpera estiver em repouso no leito os cuidados ao recém-nascido são da nossa responsabilidade, assim como iniciar e manter a amamentação, se a puérpera assim o desejar.

Após ter sido realizado o levante e se ter procedido à desalgiação o risco de retenção urinária foi identificado, tendo a puérpera sido avisada sobre a importância da primeira micção espontânea. A ingestão hídrica é então incentivada, assim como a deambulação, fundamentais para prevenir diversas complicações mencionadas anteriormente.

No que respeita à ferida cirúrgica abdominal, antes de se realizar o levante, o penso compressivo é removido, averiguando-se se o penso que está por baixo precisa de ser trocado, uma vez que pode estar completamente repassado. Por sua vez se se apresentar com algumas áreas de repasse mas que se apresentam circunscritas a pequenas áreas, as mesmas são delimitadas no sentido de avaliar a sua evolução, verificando-se se é ou não necessário executar o tratamento à ferida cirúrgica.

Relativamente aos restantes ensinos referentes à prevenção da infeção e promoção do conforto os mesmos foram transmitidos após o levante da puérpera.

Uma das situações que no estágio tivemos a oportunidade de observar reside no facto de algumas puérperas cirúrgicas não conseguirem tolerar o levante, referindo fortes cefaleias e tonturas quando deixavam de permanecer na posição horizontal. Estes sintomas, habitualmente, são característicos de uma situação particular que consiste na punção da dura-máter. Após este acontecimento as mudanças posturais fazem com que o volume diminuído de líquido cefalo-raquidiano exerça tração sobre as estruturas do sistema nervoso central sensíveis à dor, provocando cefaleias intensas aquando da mudança de posição. Nestes casos um aumento do aporte hídrico, ingestão de cafeína e permanecer em repouso por mais algumas horas num ambiente calmo e escurecido poderá solucionar o problema. Quando esta situação não reverte o tamponamento sanguíneo epidural autólogo pode ser a única solução, sendo uma técnica que consiste em injetar sangue da puérpera lentamente no espaço epidural lombar, de forma a criar um êmbolo que recobre a lesão ou o orifício que circunda o local da punção (Lowdermilk & Perry 2008). Durante o estágio nunca houve necessidade de se proceder a tal procedimento.

No que concerne à prevenção da isoimunização Rh, devemos ter em conta que esta deverá ser realizada nas primeiras 72h pós parto, prevenindo a sensibilização das mulheres Rh negativas que tiveram uma transfusão feto-materna de eritrócitos fetais Rh positivo. Nestes casos a administração de 300µg de imunoglobulina Rh por via intramuscular, habitualmente, é suficiente para prevenir a sensibilização materna (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Para além de todas estas alterações físicas o período de puerpério encontra-se revestido de um conjunto de alterações psicológicas e psicossociais associadas ao processo de adaptação à parentalidade, que também foram tidas em conta.

Após o nascimento do bebé inicia-se um período de grande fragilidade psíquica e emocional decorrente não só de alterações hormonais como também devido ao processo de reorganização social e adaptação a um novo papel, sentindo a puérpera, um aumento

súbito de responsabilidade por uma pessoa nova, indefesa, que está completamente dependente de si (Cantilino, [et al.], 2010).

Segundo Lowdermilk & Perry (2008) após as primeiras 24h pós-parto, habitualmente, caracterizadas por sentimentos de felicidade e bem-estar, ocorre um período de maior instabilidade emocional, designado por “baby-blues” ou blues pós-parto. Este episódio ocorre, aproximadamente, entre 50% a 80% das puérperas, apresentando-se com maior labilidade emocional, com choro fácil sem razão aparente, alguma irritabilidade, astenia, entre outros sintomas. Esta situação apresenta, frequentemente, o seu pico máximo por volta do quinto dia e tende a desaparecer por volta do décimo dia. São vários os motivos que podem ser atribuídos como causa desta situação, no entanto a sua etiologia ainda não se encontra bem definida. De acordo com Sarmento & Setúbal (2003) este acontecimento pode ser originado pelo conjunto de adaptações necessárias à parentalidade e pelas perdas vivenciadas pela puérpera após o nascimento do bebé. Os lutos vividos na transição gravidez-maternidade podem incluir: a perda do corpo gravídico; o não retorno imediato ao corpo original; a perda do parto idealizado; o bebé deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe e as suas próprias necessidades passam a ser reguladas pelas necessidades do bebé. As dificuldades com a amamentação e a exigência dos cuidados prestados ao recém-nascido podem levar a um estado de fadiga que pode contribuir para esta situação, assim como todas as atenções, que são agora direcionadas para o novo elemento da família.

Durante o estágio, tivemos a possibilidade de contactar com este tipo de situações, considerando que o enfermeiro especialista pode constituir um elemento facilitador durante o decurso deste processo. Foi fundamental informar a puérpera e os restantes familiares significativos sobre a normalidade desta situação e sobre a sua habitual duração, no sentido de poderem despistar outro tipo de complicações, como a ocorrência de depressão pós-parto. Por outro lado foi importante referir à puérpera que quando for para o domicílio deve tentar ter um tempo só para ela, no qual possa relaxar e cuidar de si mesma, possibilitando que outros fiquem com o bebé. Descansar sempre que possível foi outra das orientações dadas, assim como realizar uma pequena saída com amigos. Partilhar estas emoções com o companheiro pode ser vantajoso, na medida, em que ele próprio pode estar a sentir o mesmo, conseguindo assim juntos, delinear um plano no sentido de vivenciar esta fase da melhor forma possível (Lowdermilk & Perry, 2008).

A transição para a parentalidade é pautada pela mudança a diferentes níveis exigindo um processo de adaptação onde importa cumprir um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas. De acordo com Leal (2005), estas permitirão a resolução de

algumas tarefas iniciadas durante a gravidez e a construção da relação com o novo ser, enquanto indivíduo com vida própria. A resolução sucessiva das várias tarefas, nomeadamente: reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o conjugue/companheiro; construir a relação com a criança enquanto pessoa separada e por fim reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papeis, valores, objetivos pessoais e prioridades) permite ascender a níveis de organização cada vez mais complexos e consequentemente a uma melhor adaptação.

Neste processo, desempenhamos um papel crucial, uma vez que somos responsáveis por providenciar informação, apoio e mobilização dos recursos necessários no acompanhamento da concretização dos seus projetos de vida individuais. Pela natureza dos cuidados que realizamos, pelo trabalho de proximidade e pelas competências que possuímos na abordagem da pessoa e das famílias, neste momento tão especial do ciclo vital, encontramos-nos numa posição privilegiada para identificar necessidades e potencialidades de respostas congruentes com as expectativas dos pais, desempenhando um papel determinante na promoção da adaptação à parentalidade.

Da teoria das transições em enfermagem sobressai mesmo a ideia de que o enfermeiro tem o dever de assistir e ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo da vida. Desta forma os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado transicional inserem-se na compreensão da transição a partir da perspetiva de quem a experiencia e na identificação das suas necessidades (Meleis, 2010).

Para Sanjari [et al.] (2009) são quatro os tipos de apoio que o EESMO pode disponibilizar aos progenitores, nomeadamente: informativo, emocional, reforço positivo e instrumental. Dada a complexidade de influências e interações em causa na parentalidade, é de realçar a necessidade dos enfermeiros serem criativos no desenvolvimento de programas de intervenção dirigidos a estas influências, proporcionando simultaneamente oportunidades privilegiadas de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal aos progenitores. Sessões de educação para a saúde em grupo no sentido de promover a adaptação à parentalidade no âmbito dos cursos de preparação para o parto e parentalidade são um bom exemplo deste tipo de programas, sobretudo se incluírem a importância do papel do pai em todo este processo (Hudson, Elek e Fkek, 2001).

Durante o internamento tivemos em conta que estas sessões educativas devem ser realizadas quando a puérpera ou pais estiverem disponíveis psicologicamente, quando o bebé estiver calmo, após um período de descanso da puérpera no sentido de assimilarem melhor a informação. Esta mesma informação deve ser objetiva e clara e dada de forma sucinta devendo ser pertinente para o momento em questão no sentido de captar maior

atenção. Por sua vez os restantes ensinos foram realizados gradualmente, fornecendo à puérpera ou casal um resumo do que foi dito, uma vez que neste momento tão exigente e de grandes alterações sob o ponto de vista físico e psicológico a puérpera não consegue reter a maior parte da informação.

Atitudes positivas e expectativas realistas relativamente ao RN e adaptação à parentalidade, comportamentos afetivos para com o RN e verbalização de fatores positivos na mudança do estilo de vida são indicadores de que o processo de adaptação está a ocorrer saudavelmente. Por sua vez uma inadequada vinculação com o RN, uma postura de indiferença perante os ensinos ou intervenções realizadas, constante presença de sentimentos de incompetência ou insegurança relativamente aos cuidados ao RN demonstra que esta transição pode estar comprometida ou não esteja a ocorrer da melhor forma possível. Estas situações podem ser devidas a diversos motivos nomeadamente: ocorrência de uma gravidez indesejada, gravidez nos extremos da vida, casos de dependências aditivas, situações familiares disfuncionais, falta de recursos económicos, presença de complicações pós-parto e complicações ou anomalias neonatais (Lowdermilk & Perry, 2008). Nestes casos cabe-nos a nós a identificação precoce deste tipo de situações, implementar um plano de atuação adequado a cada situação, encaminhando, se necessário, o caso para outras áreas de intervenção, como a assistente social ou psicóloga.

O período pós-alta constitui um excelente momento para avaliar a eficácia dos ensinos realizados durante o período pré-natal e internamento, avaliar se este processo de adaptação está a ocorrer da melhor forma possível, tentando identificar dificuldades ou até mesmo situações críticas que coloquem em risco esta transição e consequentemente o bem-estar dos pais e da própria criança. Desta forma a visita domiciliária após a alta possibilita uma continuidade neste acompanhamento e por sua vez poderá levar a melhores resultados em todo este processo de adaptação à parentalidade. Segundo Fägerskiöld, Wahlberg e Ek (2001) as visitas domiciliárias podem influenciar o desenvolvimento relacional familiar, sendo significativas na prevenção de disfunções familiares e na promoção da saúde. Ao serem realizadas “in loco” possibilitam detetar mais fielmente as necessidades, os recursos e os apoios de que a família dispõe para fazer face às necessidades encontradas. De acordo com Ahlborg e Strandmark (2001) estas visitas devem ocorrer no período perinatal no sentido de ser possível a resolução atempada das dificuldades e riscos.

Durante este estágio esta foi uma das nossas principais preocupações, uma vez que, em diversos casos, consideramos que determinadas famílias não se encontravam bem adaptadas a esta nova etapa de vida e que, sem dúvida, iriam precisar de ajuda

especializada brevemente. Apesar de termos consciência que, atualmente, os cuidados de saúde primários, já asseguram grande parte das situações, muitas famílias ainda não contam com este apoio. Desta forma sendo o acompanhamento no pós-parto outra das principais competências do EESMO pensamos que novas iniciativas neste âmbito devem ser desenvolvidas e estabelecidas no sentido de garantir o sucesso desta transição.

Aleitamento Materno

A promoção, proteção e suporte do aleitamento materno constituem uma prioridade mundial no âmbito da saúde pública. A diminuição das taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce pode ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, assim como no aumento das desigualdades na saúde (Cattaneo, [et al], 2004).

A OMS, em 1992, num documento referente à estratégia global para a alimentação das crianças realça o papel atribuído aos governos, às organizações internacionais, às instituições e profissionais de saúde e à sociedade civil em geral, incluindo as organizações não-governamentais e as equipas baseadas na comunidade como parceiros para a mobilização a favor da boa alimentação dos lactentes.

Por outro lado a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno incide, sobretudo, no domínio dos direitos humanos. Neste sentido, ao longo dos anos, várias foram as iniciativas de saúde pública realizadas neste âmbito.

Desta forma, não podemos esquecer que a promoção e o suporte do aleitamento materno constituem uma questão que diz respeito a todo o pessoal de saúde que se relaciona com esta mulher/casal no período pré-natal, no momento do parto e no período pós-parto, sobressaindo o crucial papel do EESMO, assim como o de toda equipa médica envolvida.

Segundo Venâncio (2003), um apoio eficaz requer empenho e responsabilidade no sentido de estabelecer padrões de boas práticas referentes ao aleitamento materno em todas as instituições que apresentem unidades de cuidados obstétricos e pediátricos. No que concerne a um nível individual, este apoio consiste no acesso de todas as mulheres a serviços de apoio ao aleitamento materno, liderados por enfermeiros especialistas nesta área, devidamente acreditados.

Tradicionalmente, amamentar era o padrão normal de comportamento. Os conhecimentos eram transmitidos de geração em geração, crescia-se a observar pessoas a

amamentar, havia sempre por perto alguém com o saber e a disponibilidade para ajudar, corrigir e apoiar. Atualmente, esta situação já não se verifica.

Assim, é absolutamente único e imprescindível o papel que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, podem e devem desempenhar na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, devendo esta iniciativa ser iniciada ao longo a gravidez, mas efetivada, sobretudo durante o puerpério.

Contudo não podemos esquecer uma questão fundamental, que determina o sucesso e a manutenção desta prática, que reside no desejo e na vontade da mulher de amamentar. Este ponto deve constituir o ponto de partida na elaboração do nosso plano de atuação, certificando-nos que a mulher opta de forma consciente e fundamentada, respeitando a sua decisão.

Desta forma, segundo Levy & Bértolo (2008) o sucesso do aleitamento materno como um processo interativo de satisfação das necessidades físicas e psicológicas quer do bebé como da mãe, depende de uma opção consciente e fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação, implicando apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade para amamentar e para cuidar do seu filho, um bebé capaz de mamar eficazmente, que cresce e que se desenvolve de uma forma adequada e da assistência por parte de enfermeiros especializados capazes de responder com eficiência a todas as necessidades destes casais, motivando-os, esclarecendo todas as suas dúvidas, no sentido de lhes possibilitar desfrutar, com todo o sucesso, da prática da amamentação e do aleitamento materno.

A prática do aleitamento materno, na maior parte das vezes é iniciada no contexto hospitalar, uma vez que atualmente Portugal apresenta uma elevada taxa de partos realizados em instituições hospitalares (públicas e privadas) (INE, 2005). Temos, assim, a responsabilidade de apoiar e ajudar estas mães a iniciarem a amamentação e a superar as primeiras dificuldades, fornecendo orientações eficientes e atualizadas numa atitude empática.

Embora o trabalho de parto e o nascimento sejam acontecimentos previsíveis na etapa final de uma gravidez, e possam ser aparentemente simples, revestem-se de grande complexidade, sendo o acontecimento físico de dar à luz tremendo e inesquecível e frequentemente mais intenso que o esperado (Colman et Colman, 1994).

No sentido de promover a amamentação na primeira hora de vida, como já foi mencionado anteriormente, a execução de determinados protocolos realizados na sala de partos podem e devem ser adiados, assim como outras intervenções devem ser

implementadas, como por exemplo possibilitar o contato pele a pele, iniciando logo que possível, a amamentação.

Contudo determinados aspetos que possam influenciar a capacidade da mãe para a amamentar e a do bebé para receber o leite materno não podem ser descurados, nomeadamente o tipo de parto, todas as práticas realizadas, assim como toda a medicação administrada que pode ter consequências no processo de iniciação desta prática. Sempre que houver necessidade de administrar leite artificial deve evitar-se a utilização de bicos artificiais, recorrendo ao copo ou seringa (Academy of Breastfeeding Medicine, 2010).

Por outro lado, não podemos esquecer que apesar de para algumas mulheres amamentar pode ser um momento único, de extrema felicidade e até mesmo fascinante, para outras simplesmente pode ser um ato aterrorizador, no sentido de que a puérpera pode ficar extremamente ansiosa com a possibilidade de falhar, uma vez que o seu modelo de realização pode ser o de mãe perfeita que nunca falha. Assim, no seu desejo de conseguir amamentar, de não falhar a experiência, esta mãe encontra-se mais vulnerável às pressões que advém do marido, da família mais próxima e até mesmo dos profissionais de saúde, interrogando-se constantemente sobre a sua capacidade para amamentar, quanto à quantidade e qualidade do seu leite, questionando-se sobre a sua capacidade de compreender o seu próprio filho. Todas estas inseguranças e dúvidas claramente que podem comprometer o sucesso da amamentação, tendo sido neste estágio esclarecidas, da melhor forma possível, numa atitude de apoio e incentivo, consciencializando a puérpera que mais ninguém vai compreender o filho como ela própria e que, sem dúvida, vai conseguir amamentar, sendo todas estas dificuldades normais e inerentes a todo o processo.

No período pós-parto reavaliar a existência de conhecimentos inerentes à prática da amamentação foi, também, fundamental, uma vez que temos que compreender se esses mesmos conhecimentos se encontram adequados e atualizados no sentido de favorecer o seu sucesso ou se pelo contrário teremos que iniciar um plano de ensinos, incidindo apenas nos principais focos de atenção, na medida em que as primeiras 48h pós-parto constituem um período de grande vulnerabilidade da mulher em todos aspetos, não se encontrando, esta, capaz e disponível para assimilar tudo aquilo que nós pretendemos. Desta forma o recurso a panfletos, visualização de vídeos, demonstração da técnica e a inclusão do marido e dos familiares que irão estar mais próximos, nestes primeiros tempos, nos ensinos, foram medidas fundamentais no sentido de atingir os objetivos pretendidos inerentes a esta prática (AWHONN, 2007). No entanto, outro dos focos da nossa atenção centrou-se na uniformização das orientações e dos ensinos realizados relativamente à

prática da amamentação, na medida em que só assim é que estas mães vão conseguir sair do hospital suficientemente seguras para continuar a amamentar posteriormente.

No que respeita à técnica de amamentação este, constitui um dos pontos que consideramos pertinente integrar no nosso plano de atuação durante o estágio, na medida em que consiste num dos principais fatores determinantes no sucesso da amamentação. Desta forma a técnica de amamentação foi avaliada, pelo menos uma vez por turno, ou sempre que surgiram dificuldades no seu estabelecimento.

Por sua vez, outras dificuldades inerentes à amamentação, nomeadamente casos de ingurgitamento mamário, aparecimento de maceração ou fissura mamilar foram, também, contornadas e prevenidas, o mais precocemente possível, no sentido de não constituírem entraves para o estabelecimento e continuidade de todo o processo (Mannel, Martens e Waker, 2011).

Em determinadas situações, o próprio recém-nascido pode ter dificuldade em iniciar a amamentação por diversos motivos: presença de secreções ou leite mal digerido no estômago, presença de reflexos débeis ou sua ausência, situações de hipoglicemia, entre outras situações, que foram diagnosticadas o mais precocemente possível com o intuito da sua rápida resolução (Lowdermilk & Perry, 2008).

Neste estágio um dos aspetos que considerámos extremamente positivo como medida promotora da manutenção da amamentação após a alta reside no facto de existir uma linha de apoio à amamentação disponível 24h, sendo da responsabilidade de um enfermeiro especialista. Através desta linha as puérperas poderão colocar todas as suas dúvidas e dificuldades e se necessário podem mesmo ser aconselhadas a regressar ao internamento para uma melhor avaliação da situação no sentido de apoiar o aleitamento materno, sendo este, um dos seus principais objetivos, assim como é um dos seus principais indicadores de qualidade.

Por fim, consideramos que as competências inerentes à promoção, suporte e apoio do aleitamento materno foram adquiridas e desenvolvidas neste estágio, tendo a noção que ainda há muito por trabalhar neste âmbito, sobretudo na uniformização da conceção dos cuidados e pensamento crítico do plano de atuação, para o sucesso desta prática pelos vários grupos de profissionais que trabalham diretamente com estas mães/casais.

Cuidados ao Recém-Nascido

A maioria dos recém-nascidos nasce saudável e é de termo. A atenção e os cuidados que recebem durante as primeiras horas, dias e semanas de vida podem

determinar o seu bem-estar e saúde. Apesar de alguns bebés necessitarem de uma maior vigilância e cuidados especiais, como é o caso dos prematuros ou aqueles que apresentam alguma patologia, todos os recém-nascidos precisam de cuidados básicos no sentido de assegurar sua sobrevivência e conforto. Estes cuidados básicos são designados de cuidados essenciais ao recém-nascido (Beck, [et al.], 2004).

Os cuidados inerentes ao banho do recém-nascido, limpeza do coto umbilical, vestuário, posições para dormir, sono e períodos de reatividade, diferentes tipos de choro, técnicas de alívio das cólicas e promoção do conforto, eliminação intestinal e urinária, amamentação e aspetos inerentes ao desenvolvimento infantil, diagnóstico precoce e vacinação e por fim prevenção de acidentes foram focos da nossa atenção durante este estágio no sentido de assegurar cuidados de qualidade ao recém-nascido, promovendo a confiança e a segurança dos pais durante a execução destes mesmos cuidados. Para além da aquisição de conhecimentos foi igualmente importante a aprendizagem de habilidades, instruindo e treinando com os pais determinadas técnicas, como o próprio banho, limpeza do cordão, o alívio de cólicas através da massagem infantil, colocação do RN na cadeira de transporte, entre outras situações fundamentais para que cada vez mais os pais se sintam confortáveis e seguros para cuidar do recém-nascido de forma autónoma.

Perante cada tríade familiar foram identificadas as principais necessidades, estabelecendo-se um plano individualizado de ensino no sentido de se proceder à gestão e resolução dessas mesmas dificuldades.

Neste relatório não serão desenvolvidos todos os focos de atenção mencionados anteriormente devido ao facto de ser extremamente exaustivo, incidindo apenas em alguns que refletem algumas mudanças na prática, como por exemplo o banho, os cuidados ao coto e prevenção do síndrome de morte súbita.

No que respeita à sua frequência, o banho diário é mais um ritual de prazer que uma necessidade (Olívia & Salgado, 2003). Os benefícios do banho diário não foram comprovados, pelo que a frequência do banho deverá ser de acordo com as necessidades individuais e com os valores de cada família (Lopes & Pedro, 2005). Quanto à sua duração o banho não deve ultrapassar os cinco, dez minutos de forma a prevenir o arrefecimento do RN (Hanh, 2001). O banho pode ser dado em qualquer altura do dia, exceto a seguir às refeições, uma vez que a manipulação excessiva pode provocar regurgitação. Se o bebé ficar relaxado com o banho e se os pais tiverem disponibilidade o mesmo pode ser dado à noite no sentido de promover o relaxamento do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo Blume-Peytavi, [et al.] (2012) não existe qualquer problema em dar banho completo de banheira nos primeiros dias de vida, antes da queda do cordão umbilical,

devendo, este, ser o método preferencial, a não ser que os pais se sintam inseguros devido à fragilidade do RN. Este método possibilita menor perda de calor, maior sensação de conforto para o RN e não interfere com o processo de mumificação do coto umbilical.

Foi também referido aos pais que antes de dar o banho devem ter atenção à temperatura ambiente do local onde o banho vai ocorrer, devendo esta encontra-se entre os 23 e 24°C. Todo o material necessário deve ser reunido, assim como a roupa que pode e deve estar organizada pela ordem que vai vestir e já desabotoada no sentido do RN perder o menor calor possível. A água do banho deve então ser preparada colocando em primeiro lugar a água fria e só depois a quente até atingir uma temperatura de 36-37°C. No que respeita à técnica do banho, foi explicado aos pais que deve ser no sentido cefalo-caudal, sendo a área genital a última a ser lavada, tendo os respetivos cuidados dependendo ser o RN for do século masculino ou feminino (Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente aos produtos que devem ser utilizados, os pais foram aconselhados a utilizar produtos hipoalergénicos e sem perfume e de preferência todos da mesma marca no sentido de mais facilmente identificar algum produto que o bebé faça alergia.

Aspetos como a limpeza dos olhos e cuidados na muda da fralda também foram considerados e discutidos com cada casal.

No que concerne à limpeza do coto umbilical, segundo as novas orientações, esta deve ser realizada com uma compressa humedecida com água e sabão, devendo-se secar seguidamente com uma compressa seca (OMS, 1998; Associação Espanhola de Pediatria, 2009). A limpeza do coto deve ser realizada após o banho, sempre que o cordão estiver em contacto com urina ou fezes, ou sempre que se encontrar sujo. Os pais também foram alertados para os possíveis sinais que podem sugerir infeção, como presença de rubor, cheiro intenso associado a secreção purulenta, devendo, perante esta situação, contactar um pediatra.

No que respeita ao Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL), esta situação é de interesse mundial, na medida em que se trata da primeira causa de morte no primeiro ano de vida, excluindo o período neonatal. Em diversos países a adoção de medidas relativamente simples tornou possível reduzir, muito significativamente, a taxa de mortalidade por SMSL. Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014) são várias as recomendações que o EESMO deve incluir no seu plano de ensino no sentido de prevenir esta situação, nomeadamente:

- Informar os pais que a criança deve dormir em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, preferindo o decúbito ventral para momentos em que a criança está acordada, na medida em que esta posição está associada a um sono mais profundo com aumento do

limiar do despertar. O decúbito lateral também deve ser evitado, uma vez que facilmente o RN poderá ficar em decúbito ventral.

- Até aos 2 anos o bebé deve dormir numa cama de grades, sobre um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama ou berço, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades. A utilização de colchões moles e de edredão em vez de lençóis e cobertor, pode possibilitar a sufocação. Para além disso os pés do bebé devem tocar o fundo da cama, de forma a que não haja risco de escorregar para debaixo dos lençóis. Por sua vez a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé, assim como também não se deve usar peças que possam cobrir a cabeça, como é o caso de almofadas, fraldas, brinquedos, entre outras coisas.

- Não sobreaquecer o bebé, devendo os pais estarem atentos à temperatura do quarto (18-21°C), à roupa que o bebé tem vestida, avaliando a sua temperatura colocando a mão na nuca ou no tronco do bebé.

- Evitar que o bebé durma na cama com os pais, uma vez que esta situação aumenta o risco de SMSL e asfixia, principalmente se os pais estiverem muito cansados, se fizerem medicação para dormir ou se tiverem ingerido bebidas alcoólicas.

- A utilização da chupeta está associada a menos episódios de SMSL, podendo ser uma medida adotada se o RN assim o quiser.

- O tabagismo durante a gravidez e após o nascimento aumenta o risco de SMSL, sendo este ainda maior se outros conviventes significativos também fumarem.

Outra das competências desenvolvidas neste estágio centrou-se em proporcionar informação, apoio e assistência ao casal em diversas situações que possam surgir e que causem insegurança, receio, desconforto, quer em relação à própria puérpera como em relação ao recém-nascido. Durante o internamento uma das situações mais comuns e geradoras de todos estes sentimentos centrava-se na necessidade do RN ter que realizar fototerapia.

A icterícia neonatal define-se como a coloração amarela da pele e das mucosas por deposição de bilirrubina, o que se verifica quando os níveis de bilirrubina total sérica excedem os 5 mg/dl (Porter & Dennis, 2002).

No que respeita à sua etiologia esta é a mesma quer no RN de termo como no prematuro, ou seja a alteração na produção de hemoglobina fetal para a de adulto condiciona um aumento na destruição dos glóbulos vermelhos fetais que, consequentemente origina um aumento na quantidade de bilirrubina que chega aos hepatócitos. Por sua vez a própria imaturidade hepática do RN faz com que haja uma dificuldade na metabolização e excreção desta mesma bilirrubina que se traduz no

aparecimento da icterícia fisiológica que aparece por volta do terceiro ao quinto dias de vida (Lissauer & Clayden, 2007). Esta situação é considerada clinicamente benigna e etiológicamente não patológica, sendo vista como um dos processos de transição para a vida extra-uterina que requer maior intervenção médica.

A icterícia que surge nas primeiras vinte e quatro horas e após os primeiros dez dias de vida é considerada patológica, podendo estar associada nas primeiras horas de vida a patologia hemolítica imunológica ou não imunológica ou a casos de sépsis (Petrova, [et al.], 2006).

A fototerapia é o tratamento de eleição para a hiperbilirrubinemia do RN, podendo ser realizada de forma profilática ou terapêutica (Harris, 2001). Em recém-nascidos de termo sem fatores de risco de hiperbilirrubinemia grave inicia-se quando os níveis de bilirrubina às 24-48 horas forem superiores a 15 mg/dL, superiores a 18 mg/dL às 49-72 horas e superiores a 20 mg/dL depois das 72 horas. Se o RN apresentar fatores de risco como hemólise, policitemia, hipoxemia, sépsis e acidose, a fototerapia deve iniciar-se quando a bilirrubina sérica às 24-48 horas é superior a 7 mg/dL, superior a 12 mg/dL às 49-72 horas e superior a 15 mg/dL após as 72 horas (Alkalay & Simmons, 2005).

Durante o estágio foram poucas as situações, nas quais o RN teve de ser transferido para a neonatologia para realizar fototerapia intensiva, permanecendo no serviço junto da mãe a realizar fototerapia em regime simples, recorrendo-se ao sistema de BiliBed® (o aparelho de fototerapia é colocado no berço do RN). Nestes casos focar a atenção dos pais para o bom funcionamento do aparelho, colocação e posicionamento adequado do RN, importância da amamentação frequente e regular, se possível de 2/2 horas, importância de o RN apresentar micções e dejeções regulares no sentido de uma maior excreção foi fundamental para o sucesso da intervenção. Por sua vez o apoio dado e a disponibilidade demonstrada no sentido de esclarecer e facilitar todo este processo foram cruciais para atenuar as inseguranças e receios demonstrados pelos pais.

Muitas outras situações inesperadas podem surgir nas primeiras horas de vida do RN, podendo, este, ter a necessidade de ser transferido para o serviço de neonatologia, como por exemplo nos casos de suspeita de infeção neonatal, cardiomiopatias, casos de hipoglicemia que não revertem com uma alimentação frequente, entre outras situações. Todos estes acontecimentos são geradores de stress nos próprios pais e familiares, tornando esta vivência um pouco menos positiva e diferente daquilo que idealizaram. Cabe a nós enfermeiros especialistas ajudar e apoiar estas famílias em tudo o que precisarem, funcionando como agentes facilitadores desta situação nova, que em muitas das vezes, requer uma reestruturação dos planos realizados e uma adaptação, sobretudo, emocional.

Preparação para a Alta

A preparação para a alta inicia-se desde o início do internamento, no entanto determinados ensinamentos são direcionados mais para o final deste período.

Durante estas 48 ou 72 horas o casal recebe um grande conjunto de informação relativo a diversos focos de atenção, nomeadamente: prevenção da infeção, estratégias para alívio da dor, amamentação, cuidados ao recém-nascido, entre outras coisas. Desta forma foi da nossa responsabilidade dosear esta mesma informação consoante a sua pertinência e necessidade, no sentido de evitar confusão e ansiedade nos pais.

Durante a estadia hospitalar o EESMO tem a possibilidade de identificar as reais necessidades de aprendizagem da puérpera e do companheiro, avaliando se se trata de um primeiro filho, se já têm alguma experiência com crianças, se frequentaram algum curso de adaptação à parentalidade, se tem apoio de familiares e se esse apoio é favorável ao sucesso da transição, ou se por outro lado pode dificultar esta adaptação, constatando as verdadeiras dificuldades presentes. Perante esta avaliação o EESMO pode elaborar um plano de intervenção individualizado no âmbito do ensino e de aprendizagem de habilidades de acordo com os défices de conhecimento identificados, estabelecendo prioridades na realização dos ensinamentos, optando por deixar alguns focos de atenção para o momento da alta.

Durante o estágio, apesar de existir um protocolo de preparação para a alta que referia quais os focos de atenção que devem ser desenvolvidos, tivemos sempre a possibilidade de adequar o nosso plano de educação para a saúde de acordo com as maiores dificuldades mencionadas pelo casal, intervindo sobretudo na amamentação e nos cuidados ao recém-nascido, solidificando os conhecimentos já transmitidos esclarecendo todas as dúvidas colocadas. Esta situação foi frequente, uma vez que, apesar destes aspetos já serem trabalhados durante o internamento, o momento da alta, por ser um momento de grande ansiedade e stress para a maioria dos casais, suscita um conjunto de dúvidas e incertezas características de quem vai iniciar uma nova etapa tão diferente, sobretudo nos casos do primeiro filho.

Focos de atenção como prevenção de acidentes do recém-nascido, incidindo nos sistemas de retenção e respetivas regras, saúde infantil, incluindo a realização do diagnóstico precoce, administração de primeiras vacinas e primeira consulta pediátrica, assim como a importância da realização da consulta de revisão do puerpério, sexualidade pós-parto, bem como os diferentes métodos contraceptivos que podem ser utilizados de

acordo com a opção ou não de amamentar, bem como a prevenção de infecção na puérpera e no RN foram focos trabalhados no momento da alta em todos os casos seguidos.

Outra questão esclarecida e mencionada no momento da alta esteve relacionada com a existência de uma linha de apoio à amamentação ou outras dificuldades, já mencionada anteriormente, disponível 24 horas, que o casal tinha à disposição, contando sempre com a opinião de um enfermeiro especialista. Para além disso foi sempre referido ao casal que se podiam dirigir ao serviço de internamento sempre que necessitassem de ajuda para algum caso em particular.

Outro dos pontos a favor consistiu na realização de uma carta de enfermagem dirigida à enfermeira de família que iria seguir o casal, mencionando as principais dificuldades e necessidades de assistência, de forma a que o plano de intervenção elaborado fosse continuado no pós-parto e se possível até mesmo no domicílio com visitas regulares, se necessárias.

O facto do casal sentir apoio e disponibilidade por parte da equipa de enfermagem durante o internamento e durante o momento da alta promove a sua confiança e adaptação a esta nova fase, sentindo que sempre que necessitar poderá contar com o apoio de uma equipa de profissionais especializados, não hesitando em procurar a sua ajuda (Lowdermilk & Perry, 2008).

2. A POSIÇÃO MATERNA NO TRABALHO DE PARTO

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Na atualidade, depreende-se que, gradualmente, a prática profissional exige a necessidade de uma validação dos conhecimentos produzidos pelas pesquisas sistemáticas, aliados à competência clínica do avaliador e aos princípios da epidemiologia clínica, princípios esses, integrados pela prática baseada na evidência (Domenico, 2001 cit. por Pedrolo [et al.], 2009). É neste contexto que a realização deste estudo visa problematizar o tipo de posição adotada pela parturiente no trabalho de parto e desenvolver, simultaneamente, competências no âmbito da investigação em enfermagem, pelo recurso a um método que nos permite demonstrar como é possível sermos produtores e consumidores dos resultados de investigação, para assegurarmos que é possível desenvolvermos as nossas práticas com base na prática baseada na evidência.

Neste sentido, a prática baseada na evidência consiste numa abordagem de solução do problema para a tomada de decisão que se centra numa procura constante do mais elevado nível e da mais recente evidência científica, tendo sempre em conta a competência clínica de cada profissional, os valores e preferências de cada utente em cada contexto do cuidado com o intuito de atingir a excelência (Melnyk, 2003 cit. por Pompeu, Rossi e Galvão, 2009).

A abordagem neste estudo sobre **as implicações da posição materna no trabalho de parto**, emerge não só porque se trata de uma área de intervenção autónoma do EESMO, mas, também porque devido ao facto de no decorrer do estágio na sala de partos, em reuniões de serviço, realizadas semanalmente, era uma das problemáticas que gerava alguma controvérsia no seio das práticas adotadas pelos profissionais, quer médicos quer enfermeiros.

A deambulação associada à posição vertical da mulher em trabalho de parto continua a não ser aceite, nem adotada em todas as situações desejáveis. A insegurança e o receio de possíveis complicações, aliadas por vezes à falta de recursos materiais, implicam

um recuo por parte dos profissionais. Por outro lado, o recurso à analgesia epidural, constitui outro entrave ou evasiva injustificada, na medida em que atualmente já é possível através das novas técnicas de administração analgesia epidural, de baixa dosagem, continuar a deambular e permanecer na posição vertical durante todo o trabalho de parto. Contudo, apesar da maioria dos profissionais de saúde especializados, nesta área, serem detentores de todos os conhecimentos, prevalecem os argumentos em como a posição dorsal é a mais vantajosa para o bem-estar materno-fetal. A justificação é fundamentada, a maioria das vezes, de que possibilita uma monitorização contínua mais adequada, durante o trabalho de parto, permite mais facilmente realizar a avaliação da progressão do trabalho de parto, é fundamental para a realização de analgesia epidural contínua, durante o trabalho de parto, esquecendo-se, na maior parte das vezes de questionar a necessidade e a vantagem de todas estas intervenções (Lawrence, [et al.], 2009).

Para uma melhor compreensão do estudo entendemos ser pertinente fazer referência às posições associadas à posição vertical: andar, estar de pé, sentada, de joelhos, mãos e joelhos no chão e de cócoras. Por sua vez a posição dorsal pode dizer respeito ao facto de estar em decúbito dorsal, semi-fowler e decúbito lateral. Esta categorização foi realizada com base nos artigos utilizados.

2.1 Contextualização da Problemática

Desde a antiguidade que o nascimento é considerado como um evento natural, mobilizador e marcante na vida de cada mulher e respetiva família. No entanto todo este acontecimento associado sobretudo a processos fisiológicos encontra-se envolvido por um conjunto de atitudes e comportamentos socialmente controlados e culturalmente definidos que o influenciam de uma forma extremamente particular. A opção quanto ao local onde o parto deve ocorrer, quem deve orientar e assistir a todo o processo e os comportamentos a serem adotados durante o trabalho de parto constituem algumas das principais questões que sofrem esta mesma influência (Mamede, Almeida e Clapis, 2007). Também a OMS (1996) tem diretivas que apontam para as medidas que devem orientar o parto normal, das quais se destaca a importância da liberdade de posição e do movimento durante o trabalho de parto e o encorajamento na adoção de posições não supinas.

Por outro lado, o próprio modelo de assistência obstétrica que foi sendo adotado, marcado por uma intensa medicalização e abuso de práticas evasivas sofridas pelo corpo feminino e a perda da autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo e sua fisiologia demonstram o poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em processos intervencionistas e patológicos (Aguilar, Romero e Garcia 2013)

Contudo, atualmente tem-se assistido a um conjunto de movimentos impulsionados pela OMS que associada a outras entidades internacionais, pugnam por um processo de nascimento e maternidade que não seja considerado como um processo patológico, e que seja vivenciado de forma segura, e o mais natural e fisiológico possível (Miquelutti, Cecatti e Makuch, 2007).

Neste contexto, orientar o trabalho de parto e o parto inclui um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que tem como objetivo primordial a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, oferecer à parturiente bem-estar e segurança. Esta perspectiva realça a necessidade de ter respeito pela dignidade e liberdade da mulher como principal ator social em todo o processo de parto e nascimento, sem desvalorizar a sua história familiar e social, bem como as suas necessidades afetivas e de conforto (Mamede, Almeida e Clapis, 2007).

A obstetrícia Ocidental teve o seu início na Europa, no século XVII, quando Mauriceau passou a encorajar as mulheres a adotarem a postura em decúbito dorsal. Esta postura foi sobretudo recomendada para o momento do parto. No entanto, esta posição prevaleceu nas décadas seguintes, com a institucionalização do parto em hospitais e foi incorporada em todo o processo de trabalho de parto, devido às muitas intervenções obstétricas, nomeadamente monitorização cardiotocográfica contínua, indução do trabalho de parto, administração de analgesia por via epidural. Estas situações exigiam que a mulher se mantivesse deitada, imobilizada durante todo o trabalho de parto (Mamede; Mamede e Dotto, 2007).

Todavia diversa literatura continuava a demonstrar que as mulheres não ocidentais continuavam a preferir adotar posições eretas durante o trabalho de parto e que esta opção lhes traria diversas vantagens. Neste sentido foram vários os obstetras famosos que desde o final do século XVII enfatizaram a importância da posição ereta durante o trabalho de parto, incluindo o próprio Mauriceau que finalmente acabou por perceber que a própria posição horizontal prejudicava a evolução do trabalho de parto (Aguilar, Romero e Garcia 2013).

Contudo, foi ignorada esta situação durante décadas e só nos últimos 30 anos é que este tema tem vindo a ser motivo de discussão, sobretudo no que respeita às desvantagens

da posição dorsal durante o trabalho de parto e às vantagens da mobilidade da mulher e da postura vertical no decorrer de todo este processo.

2.2 O Método

A revisão integrativa apresenta-se como um método de excelência para a construção de conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme no sentido de os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (Whittemore & Knafl, 2005). É um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular (Broome, 2006). Consiste num método de revisão extremamente amplo, uma vez que permite incluir literatura teórica e empírica, assim como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa), possibilita aumentar a profundidade e a abrangência das conclusões da própria revisão, gerando uma fonte de conhecimento atual e global sobre o problema identificado (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Este método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, dando lugar a conhecimentos emergentes dos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Benefield, 2003; Polit e Beck, 2006 cit. por Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

A elaboração de uma revisão integrativa pressupõe uma série de etapas que se encontram bem claras e definidas na literatura. Apesar de alguns autores subdividirem o processo de elaboração de formas diferentes, na sua generalidade a realização de uma revisão integrativa compreende seis fases, nomeadamente: identificação do tema e definição da hipótese ou pergunta de partida, a procura de evidência existente, a categorização dos estudos, a análise crítica dos estudos incluídos, a interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

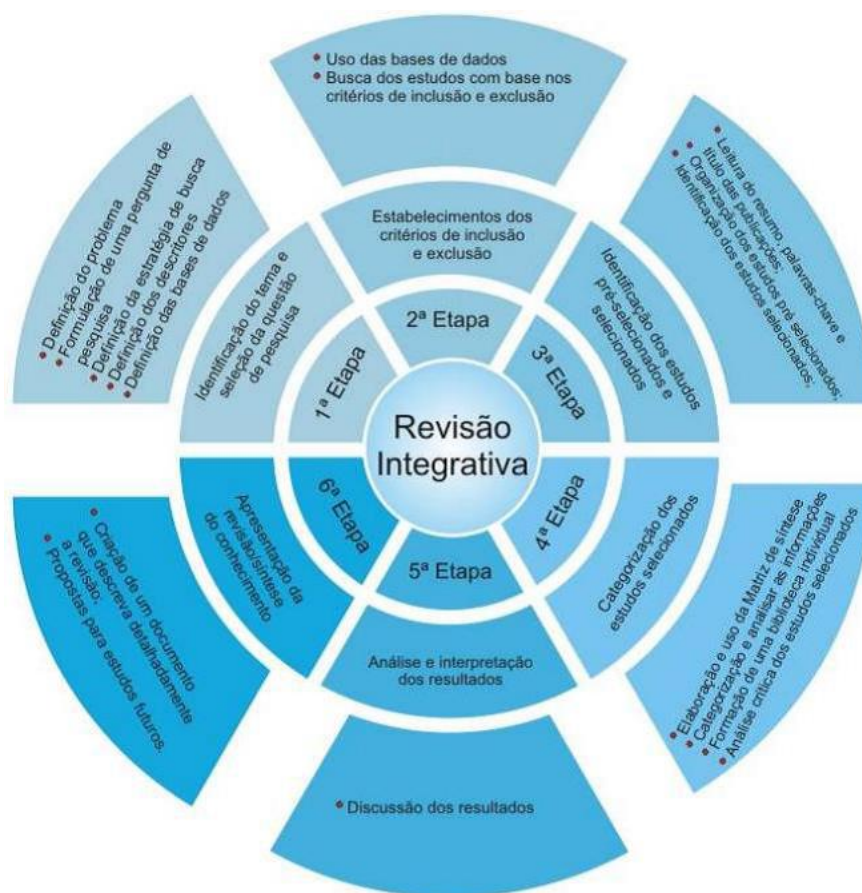


Figura 1: Etapas da revisão integrativa (Botelho, Cunha e Macedo, 2011)

Face ao exposto para a elaboração da presente revisão integrativa definiu-se a seguinte questão de partida:

Quais os efeitos da posição vertical que pode ser adotada pela parturiente durante o trabalho de parto, comparativamente com a posição dorsal, na duração do trabalho do trabalho de parto, no tipo de parto, na percepção da dor/satisfação materna, na ocorrência de trauma perineal e no bem-estar fetal e neonatal?

Após ter clarificado e objetivado a estratégia definida para a obtenção da evidência existente consistiu na realização de uma pesquisa exaustiva através do motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados eletrônicas Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature) MEDLINE e na Nursing Reference Center, desde Janeiro a Agosto de 2013.

No que concerne à seleção dos estudos, vários critérios de inclusão foram definidos, designadamente: estudos atuais realizados entre 2004 e 2013, estudos apresentados em texto integral passíveis de ser analisados, publicados em português, inglês

ou espanhol, que apresentassem no seu título ou resumo descritores relacionados com a questão de partida (posição materna no trabalho de parto, posição vertical, posição dorsal, deambulação, duração do trabalho de parto, tipo de parto, dor, satisfação materna, trauma perineal, hemorragia pós-parto, bem-estar fetal e neonatal, analgesia epidural) estudos que apresentassem o maior nível de evidência, que dessem resposta às duas perguntas iniciais, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Na medida em que esta revisão integrativa tem como principal objetivo avaliar os resultados de uma determinada intervenção (adoção da posição vertical durante o trabalho de parto) comparativamente com outra (adoção da posição dorsal durante o trabalho de parto) num grupo de parturientes, os estudos incluídos devem preferencialmente ser estudos randomizados, ou seja, ensaios clínicos controlados aleatórios, no sentido de minimizar a influência de fatores de confusão sobre as relações causa-efeito, proporcionando evidências válidas para os cuidados de saúde. No entanto a seleção de revisões sistemáticas, desde que baseadas em estudos randomizados, continuam a ser ainda melhor opção (Souza, 2009).

2.3 Resultados

No decorrer da pesquisa realizada, incluindo os critérios anteriormente definidos foram identificados nas diversas bases de dados 142 artigos, dos quais 64 foram rejeitados pelo próprio título e por estarem relacionados com outras temáticas, 11 encontravam-se repetidos, 46 pela leitura do seu resumo e 8 pela sua leitura integral. A exclusão destes estudos foi sobretudo devida ao facto dos mesmos não apresentarem um elevado nível de evidência, na medida em que não se tratavam de estudos randomizados ou revisões sistemáticas. Desta forma foram incluídos neste estudo 13 artigos, 7 dos mesmos são referentes a revisões sistemáticas, 2 constituem estudos randomizados, e os 4 restantes dizem respeito a um estudo de coorte transversal, a um estudo caso-controle retrospectivo e os dois últimos consistem numa análise secundária de dois estudos randomizados.

Antes de proceder à apresentação e análise dos respetivos artigos não posso deixar de mencionar que para avaliar o nível de evidência de cada um recorreremos à estrutura hierárquica, sob a forma de pirâmide de Levin [et al.], (2008). Nesta organização o topo da pirâmide, ou seja o maior nível de evidência (nível I) corresponde a revisões sistemáticas, o

nível II está atribuído a estudos randomizados, o nível III diz respeito a estudos quasi-experimentais. Em concordância com este tipo de classificação encontra-se o Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2009) que também atribui o nível 1A de evidência a revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, o nível 1B a ensaios clínicos randomizados com intervalo de confiança estreito, o nível 2B a estudos de coorte e o nível 3B a estudos casos-controle. Por outro lado acrescenta ainda outro ponto, sendo que estes dois primeiros níveis de evidência apresentados, que dizem respeito a 10 estudos selecionados, estão associados a um grau de recomendação A, enquanto que os últimos 4 dizem respeito a um grau de recomendação B, constituindo assim, a seleção dos seguintes artigos uma mais-valia para a elaboração da presente revisão integrativa.

Seguidamente os artigos selecionados serão apresentados sob a forma de uma tabela que inclui informação sobre o título, autor (s), publicação, objetivos, metodologia, resultados, conclusões e, por fim, o respetivo nível de evidência.

Título	Autores	Publicação	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Maternal Positions and Mobility during first stage labour (Systematic Reviews)	Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C.	Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Austrália, Abril de 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Comparar os efeitos da posição vertical (andar, de pé, sentada, de joelhos, mãos e joelhos no chão e cócoras) com a posição dorsal (decúbito dorsal, smi-fowler e decúbito lateral) assumida pela parturiente na primeira fase do trabalho de parto nos vários resultados maternos, fetais e neonatais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão sistemática da literatura de estudos randomizados e quase randomizados que comparassem mulheres que adotassem a posição vertical ou dorsal na primeira fase do trabalho de parto. - Inclusão de 25 estudos (5218 mulheres), dos quais 18 estudos (3337 mulheres) eram referentes a mulheres que não realizaram epidural e 7 estudos (1881 mulheres) diziam respeito a mulheres que tinham sido submetidas a analgesia epidural. <p>Principais resultados maternos avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duração do primeiro período do trabalho de parto; - Tipo de parto realizado (eutócico ou distócico – instrumentado ou cesariana); - Satisfação/experiência materna. <p>Principais resultados fetais/neonatais avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado fetal não tranquilizador, necessitando de parto imediato; - Recurso a ventilação mecânica neonatal; <p>Resultados secundários maternos avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor e recurso a analgesia; - Duração do segundo período de trabalho de parto; - Utilização de ocitocina; - Realização de Amniotomia; - Hipotensão; - Perda sanguínea >500 ml; - Trauma perineal (episiotomia e lacerações) 	<p>Grupo I – Parturientes sem analgesia epidural</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparando as duas posições (vertical e dorsal) assumidas pelas parturientes no que respeita à duração do primeiro período de trabalho de parto, as que se encontravam numa posição vertical apresentaram uma primeira etapa do trabalho de parto aproximadamente 1hora e 22minutos mais curta do que as que se mantiveram numa posição dorsal. - Quanto à taxa de realização de cesariana esta foi menor no grupo de mulheres que adotaram a posição vertical. - A necessidade de realização de analgesia epidural também foi menor no grupo de mulheres se mantiveram na posição vertical. - No que respeita aos recém-nascidos, os filhos de parturientes que preferiram a posição vertical estiveram menos propensos a ser internados na unidade de neonatologia, contudo estes resultados necessitam de ser confirmados com novos estudos, uma vez que este resultado foi baseado apenas num estudo com 200 mulheres. - Relativamente aos restantes resultados inerentes ou à duração do segundo período de trabalho de parto ou ao bem-estar materno fetal e neonatal não houve diferenças significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esta revisão mostrou que existem evidências claras e comprovadas que a posição vertical assumida pela parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto, assim como a própria deambulação favorece uma mais rápida progressão do trabalho de parto, uma menor necessidade de recorrer a analgesia epidural, uma diminuição de partos distócicos, incluindo cesarianas sem comprometer o bem-estar materno e fetal/neonatal. - No entanto devido à grande heterogeneidade dos vários estudos e da possibilidade de viés, são ainda necessários mais ensaios clínicos randomizados para comprovar a eficácia da posição vertical em todas as parturientes, com todas as suas diferenças (paridade, realização ou não de analgesia, situações de risco, entre outras). - Contudo, por fim, através da análise desta revisão emerge uma ideia transversal que se centra no facto de que qualquer parturiente de baixo risco, ou seja sem complicações associadas, deve ser encorajada a adotar a posição que lhe é mais confortável, que lhe proporciona maior controlo do seu próprio corpo e que seja mais favorável à progressão do trabalho de parto. Desta forma 	I

				Resultados secundários fetais/neonatais avaliados: - Índice de Apgar; - Internamento na neonatologia; - Morte Neonatal.	Grupo II – Parturientes com analgesia epidural - Não foram encontradas diferenças estaticamente significativas no que se refere aos diversos resultados analisados entre os dois grupos.	deve ser consciencializada por profissionais especializados sobre as vantagens/desvantagens das diversas posições que pode assumir.
Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Systematic Review)	Gupta JK, Hofmeyr GJ, ShehmarM.	Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (UK, Março de 2012)	- Comparar os efeitos da posição vertical (andar, de pé, sentada, de joelhos, mãos e joelhos no chão e cócoras) com a posição dorsal (decúbito dorsal, smi-fowler e decúbito lateral) assumida pela parturiente na segunda fase do trabalho de parto nos vários resultados maternos, fetais e neonatais.	- Revisão sistemática da literatura de estudos randomizados e quase randomizados que comparassem mulheres que adotassem a posição vertical ou dorsal na segunda fase do trabalho de parto. - Inclusão de 22 estudos (7280 mulheres). 5 Ensaio incluem apenas mulheres nulíparas. 9 Ensaio incluem nulíparas e múltiparas. A maioria dos ensaios inclui grávidas com mais de 36 semanas sem complicações médicas ou obstétricas, excepto dois estudos que incluem grávidas com 34 e 35 semanas de gestação. 6 Ensaio comparam a utilização da cadeira de parto comparativamente com a posição dorsal ou smi-fowler. 7 Ensaio comparam a posição de cócoras com a posição dorsal ou smi-fowler. 3 Ensaio comparam a posição sentada e de pé com a posição dorsal. 5 Ensaio utilizados permitiram que as grávidas deambulassem na primeira fase de trabalho de parto. Principais resultados maternos avaliados: - Duração da segunda fase do trabalho de parto. Resultados secundários maternos avaliados: - Dor e recurso a analgesia; - Tipo de parto realizado;	- Na totalidade de todas as parturientes estudadas (nulíparas e múltiparas) não se verificou uma redução significativa da duração da segunda fase do trabalho de parto quando comparada a posição vertical com a posição dorsal assumida pelas mulheres durante este período; - Verificou-se uma redução estatisticamente significativa no número de partos distócicos nos casos de parturientes que preferiram e assumiram a posição vertical durante este período, assim como houve uma diminuição da necessidade de realizar episiotomia. - Por outro lado, nas mulheres que assumiram preferencialmente a posição vertical apresentaram com maior frequência lacerações de segundo grau e perda sanguínea > 500ml. Contudo não se verificou taxas significativas de estado fetal não tranquilizador. - No caso específico das nulíparas a redução que houve relativamente à duração da segunda fase de trabalho de parto foi sobretudo devida à utilização de cadeiras de nascimento.	- Através dos resultados desta revisão pode-se constatar que são diversos os benefícios associados à postura vertical assumida pelas parturientes durante a segunda fase de trabalho de parto, apesar de estar associada a um risco acrescido de maior perda sanguínea. - Desta forma conclui-se que cada vez mais com a certeza dos riscos e benefícios associados a cada posição deve ser dada à parturiente a possibilidade de optar de forma consciente pela posição na qual se sente mais confortável e segura para ter o seu bebé.

				<ul style="list-style-type: none"> - Realização de episiotomia/presença de laceração; - Perda sanguínea > 500 ml; - Necessidade de dequite manual; - Presença de incontinência urinária/fecal. 	
				<p>Resultados secundários fetais/neonatais avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado fetal não tranquilizador; - Internamento na neonatologia; - Morte Neonatal. 	
<p>Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Systematic Review)</p>	<p>Kemp E, Kingswood CJ, KibuKa M, Thornton JG.</p>	<p>Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os efeitos das diferentes posições (vertical e dorsal) que as mulheres com analgesia epidural podem assumir durante o trabalho de parto nas diferentes variáveis maternas, fetais e neonatais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão sistemática da literatura de estudos randomizados e quase randomizados que comparassem mulheres que adotassem a posição vertical ou dorsal na segunda fase do trabalho de parto e que estivessem sob analgesia epidural - Inclusão de 5 estudos (879 mulheres). <p>Tipo de Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grávidas de termo (primíparas e multíparas) no segundo período de trabalho de parto, sendo este induzido ou espontâneo sob analgesia epidural. <p>Principais resultados maternos avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto distócico (parto instrumentado ou cesariana); - Duração do segundo período de trabalho de parto; <p>Resultados secundários maternos avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de episiotomia/presença de laceração; - Perda sanguínea > 500 ml; - Segundo período de trabalho de parto demorado (puxos por mais de 60 mins); 	<p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> - A presente revisão não identificou nenhuma diferença estaticamente significativa no que respeita aos efeitos da posição vertical durante o segundo período de trabalho de parto comparativamente com a posição dorsal nas mais diversas variáveis, nomeadamente, número de partos distócicos, duração do segundo período de trabalho de parto, necessidade de realização de episiotomia ou ocorrência de laceração, acidose respiratória ou metabólica fetal e necessidade de internamento na neonatologia. - Esta revisão mostra que não existe informação suficiente para recomendar a melhor posição para adotar durante o segundo período de trabalho de parto sob analgesia epidural. No entanto afirma que as grávidas devem ser encorajadas a adotar a posição que lhe é mais confortável durante este período.

				- Experiência e satisfação materna.		
				Resultados fetais/neonatais avaliados: - Estado fetal não tranquilizador; - Índice de Apgar; - Valores de gasimetria - Internamento na neonatologia; - Necessidade de ventilação; - Morte Perinatal.		
Maternal position during the first stage of labor: a systematic review	Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MA.	Reproductive Health BioMed Central (2006)	- Avaliar os efeitos da adoção da posição vertical e da deambulação durante o primeiro período de trabalho de parto nas diversas variáveis obstétricas e perinatais.	Revisão Sistemática da Literatura -Inclusão de 9 ensaios clínicos randomizados controlados, com um total de 2 220 mulheres. - Variáveis avaliadas: duração do primeiro período de trabalho de parto, tipo de parto, recurso a analgesia, conforto/experiência materna, necessidade de indução do trabalho de parto, bem-estar perinatal.	- Os principais resultados desta revisão sistemática sugerem que o encorajamento e a possibilidade das mulheres assumirem a posição vertical durante o primeiro período do trabalho de parto e deambularem leva a uma diminuição da duração desta mesma fase. Contudo devido ao elevado grau de heterogeneidade de cada ensaio clinico não é possível afirmar que não existe qualquer dúvida relativamente a esta questão. - A avaliação das restantes variáveis sugere que a posição vertical materna durante o trabalho de parto e a deambulação são opções seguras que não prejudicam nem beneficiam qualquer uma das situações mencionadas.	- Através da análise desta revisão pode-se concluir que apesar da deambulação e da adoção da posição vertical durante o trabalho de parto constituírem medidas seguras e que devem ser encorajadas se preferidas pelas parturientes, não podem ser recomendadas como intervenções eficazes e efetivas na redução da duração do trabalho de parto.
Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia (Systematic Review)	Roberts CL, Algert CS, Olive E.	Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology (2004)	- Determinar os efeitos da deambulação e da posição vertical adotada por mulheres com epidural durante o primeiro período de trabalho de parto no tipo de parto e em outras variáveis maternas e neonatais.	Revisão Sistemática da Literatura - Inclusão de 5 ensaios clínicos controlados randomizados, com um total de 1161 mulheres. - Posição vertical inclui: andar, de pé ou sentada. A posição dorsal inclui: decúbito dorsal e lateral e smi-fowler. - Principais resultados maternos avaliados: número de partos instrumentados. - Resultados maternos secundários avaliados: taxa de cesariana, número de partos eutócicos, necessidade de indução	- Não existem diferenças estatísticas significativas relativamente a todas as variáveis avaliadas no que respeita a mulheres com epidural que deambularam e adotaram a posição vertical durante o trabalho de parto comparativamente com aquelas que se mantiveram na posição dorsal. - Por outro lado também não se verificou qualquer efeito adverso da deambulação no que respeita às variáveis maternas e neonatais, no entanto esta informação foi	- Embora não esteja comprovado que a deambulação e a posição vertical não influenciem positivamente as variáveis avaliadas, também não foram identificadas quaisquer desvantagens, devendo, desta forma, estas opções serem encorajadas caso seja de preferência da mulher.

				do trabalho de parto, duração do primeiro e segundo período de trabalho de parto, presença de laceração perineal, hemorragia pós-parto, dor e satisfação materna. - Potenciais efeitos adversos avaliados: hipotensão materna, bloqueio motor, bradicardia fetal e quedas durante a deambulação. - Resultados neonatais avaliados: valor do índice de Apgar, necessidade de ventilação após o parto, necessidade de internamento na neonatologia, trauma de nascimento e morte perinatal.	comprovada por poucos estudos.	- Contudo a realização de mais estudos é necessária.
A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia	Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, e Torvaldsen S.	Ata Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (2005)	- Avaliar a eficácia de manter uma posição vertical durante o segundo período de trabalho de parto no sentido de diminuir o número de partos instrumentados nas grávidas que optam por realizar analgesia epidural.	- Revisão de 2 ensaios clínicos controlados randomizados com um total de 281 mulheres, utilizando a técnica da meta-análise. - Principais resultados maternos avaliados: números de partos instrumentados. - Resultados secundários maternos avaliados: taxa de cesariana, duração do segundo período de trabalho de parto, ocorrência de trauma perineal (episiotomia ou laceração), hemorragia pós-parto, dor e satisfação materna. - Resultados neonatais avaliados: Índice de Apgar, necessidade de ventilação, necessidade de internamento na neonatologia e morte perinatal.	- Este estudo verificou que a posição vertical não está associada a uma redução estatisticamente significativa do risco de ter partos instrumentados ou cesariana. - No entanto ambos os estudos apresentam uma redução estatisticamente significativa no que respeita à duração do trabalho de parto associada à adoção da posição vertical. - Relativamente às outras variáveis não existe informação nem dados suficientes para chegar a uma conclusão.	- Não existem dados suficientes para comprovar o benefício significativo da posição vertical comparativamente com a posição dorsal no trabalho de parto em mulheres que optam por realizar analgesia epidural. Contudo a magnitude das taxas de redução do número de partos instrumentados e cesarianas associados à adoção da posição vertical mostra que são necessários mais estudos randomizados para demonstrar significativamente tais benefícios.

Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina	Aguilar OC, Flores-Romero AL, Morales-García VE.	Ginecología y Obstetricia de México (2013)	<p>- Comparar os resultados perinatais e obstétricos quando assumida a posição vertical ou dorsal durante o parto</p> <p>- Ensaio clínico randomizado duplamente cego que inclui mulheres saudáveis que são submetidas a permanecerem em posição vertical ou dorsal durante o trabalho de parto;</p> <p>- As variáveis avaliadas foram as seguintes: perda sanguínea, dor no segundo período do trabalho de parto e pós-parto imediato, duração do segundo período de trabalho de parto, presença de lacerações perineais e vaginais, necessidade de parto instrumentado ou cesariana, experiência/conforto durante o trabalho de parto e resultados perinatais.</p> <p>- As 164 mulheres foram distribuídas de forma aleatória em dois grupos (posição vertical e posição dorsal).</p>	<p>- Houve diferença significativa constatada entre os grupos no que se refere à duração do segundo período de trabalho de parto, sendo esta menor nos casos de parturientes que assumiram a posição vertical. Houve também diferença significativa no número de casos com presença de lacerações perineais, sendo maior no grupo de parturientes que se encontravam em posição vertical.</p> <p>- Não houve diferença significativa no que se refere às restantes variáveis.</p> <p>- A taxa de cesariana presente neste estudo foi de 4,6%, sobretudo devida a condições fetais (mecônio espesso, bradicardia e registos cardiotocográficos).</p>	<p>- A posição vertical assumida durante o trabalho de parto não está associada a melhores resultados perinatais nem diminui significativamente as complicações obstétricas. No entanto verificou-se que na sua maioria leva a uma diminuição da duração do segundo período de trabalho de parto, mas por outro lado também se apresenta como fator de risco acrescido para a ocorrência de lacerações perineais ou vaginais.</p> <p>- Contudo o estudo refere que a parturiente deve poder escolher a posição na qual se sente mais confortável, devendo se sentir apoiada por todos os profissionais de saúde.</p>	II
Upright position during the first stage of labour: a randomised controlled trial	Makuch MA, Cecatti JG, Miquelutti MA.	Acta Obstetricia et Gynecologica (Department of Obstetrics and Gynecology, Campinas, Brasil, 2007)	<p>- Avaliar o efeito da posição vertical assumida por nulíparas no primeiro período de trabalho de parto no que respeita à dor, satisfação e outros resultados obstétricos e perinatais</p> <p>- Estudo prospetivo randomizado controlado que inclui um grupo de 54 mulheres que foram informadas e incentivadas a adotar a posição vertical durante o primeiro período de trabalho de parto e um grupo de controle de 53 mulheres que não tiveram esta informação.</p>	<p>- Os resultados deste estudo mostram que não existe diferença significativa entre os dois grupos avaliados no que respeita à duração do primeiro e segundo período de trabalho de parto, tipo de parto, facilidade na progressão do trabalho de parto, necessidade de analgesia e utilização de indutores. Relativamente à dor não existem diferenças observadas, no entanto as mulheres que adotaram a posição vertical apresentaram um menor valor segundo a escala visual analógica da dor aos 6cm de dilatação e uma maior satisfação com esta posição.</p> <p>- No que concerne aos resultados fetais e neonatais não existe</p>	<p>- Com este estudo pode-se verificar que a posição vertical não contribui significativamente para uma menor duração do trabalho de parto, mas por outro lado também não influencia negativamente as outras variáveis obstétricas e perinatais. Desta forma conclui-se que a posição vertical é uma posição segura quer para a mãe como para o bebé devendo a sua adoção ser encorajada caso as parturientes se sintam mais confortáveis.</p> <p>- Contudo é necessário o desenvolvimento de mais estudos clínicos randomizados</p>	II

					diferença significativa entre os dois grupos, nos quais o bem-estar dos mesmos foi evidente.	para chegarmos a um consenso sobre o efeito da posição vertical no bem-estar materno e fetal e sua influência nas variáveis inerentes ao trabalho de parto.	
Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão	Mamede FV, Almeida AM, Clapis MJ	Acta Scientiarum – Health Sciences (2004)	- Avaliar os efeitos da deambulação/liberdade de posição durante o trabalho de parto.	<p>- Revisão sistemática da literatura com inclusão de 20 artigos, selecionados na base de dados Medline.</p> <p>- Identificação de cinco temas relevantes: perspectiva histórica e cultural, dor, duração do trabalho de parto e parto, efeito da posição sobre a eficácia das contrações uterinas, bem-estar materno e bem-estar fetal/neonatal.</p>	<p>- Os resultados obtidos nesta revisão demonstram que a adoção da posição vertical faz com que o trabalho de parto seja vivenciado de forma menos dolorosa, com menos desconforto e menor dificuldade associada aos esforços expulsivos, com maior intensidades e maior eficiência das contrações uterinas e consequentemente esta posição está associada a uma melhor progressão do trabalho de parto.</p> <p>- Para além disso a posição vertical assegura os intercâmbios materno-fetais-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal.</p> <p>- Contudo nesta revisão pode-se verificar que a maior parte das parturientes adotam preferencialmente a posição dorsal por influência cultural, devido, sobretudo, ao facto de não serem orientadas e estimuladas durante o acompanhamento pré-natal para adotarem a posição vertical consciencializando-as sobre os seus benefícios.</p>	<p>- Segundo a revisão tanto no primeiro período de trabalho de parto como no segundo a mulher deve adotar a posição que lhe seja mais confortável, evitando sempre longos períodos na posição dorsal. Desta forma o importante é que a parturiente tenha a liberdade de escolha da posição que melhor lhe convém, favorecendo, em todos os aspetos a evolução do trabalho de parto.</p>	II
The vertical position during labor: pain and satisfaction	Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais, SS, Makuch MY.	Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil (Recife, 2009)	- Avaliar o efeito da posição vertical adotada por mulheres nulíparas durante o trabalho de parto relativamente à dor e satisfação materna.	<p>- Análise secundária com avaliação da eficácia analítica aplicada aos resultados provenientes de um ensaio clínico controlado randomizado, publicado anteriormente, que avaliou o efeito da posição vertical em mulheres grávidas nulíparas durante a primeira fase de</p>	<p>- Aos 4 cm de dilatação as mulheres que apresentaram resultado na escala da dor <5 permaneceram a maior parte do tempo do trabalho de parto na posição vertical quando comparadas com aquelas que apresentaram um resultado >7 na</p>	<p>- A adoção da posição vertical durante o trabalho de parto pode ser considerada como uma medida não-farmacológica para o alívio da dor. Desta forma os profissionais de saúde devem orientar as parturientes</p>	II

trabalho de parto no que respeita à dor e satisfação materna.

- O estudo foi realizado pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

- O grupo de estudo era composto por 54 mulheres que receberam indicações para adotarem a posição vertical durante o trabalho de parto. E o grupo de controlo era constituído por 53 mulheres que não receberam esta indicação.

- Foram incluídas grávidas de baixo risco, com idades compreendidas entre os 16 e os 40 anos, com idade gestacional compreendida entre as 37 e as 42 semanas e com início de dilatação cervical entre os 3 e os 5 cm.

- A escala da dor e satisfação foram colocadas às grávidas em diferentes momentos do trabalho de parto: aos 4, aos 6 e aos 8 cm de dilatação, se não tivessem recebido qualquer tipo de analgesia.

escala da dor.

- Aos 6 cm no que respeita à avaliação da dor não houve diferenças estatisticamente significativas.

- Entre os 4-6 cm de dilatação foi verificada uma maior satisfação nas mulheres que permaneceram na posição vertical em mais de 50% do tempo.

- Para os 8 cm de dilatação cervical não existem dados suficientes uma vez que a maioria das parturientes já tinha recebido alguma analgesia.

para a adoção desta posição com o intuito de se sentirem mais confortáveis, minimizando a dor nesta fase.

<p>Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas</p>	<p>Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto DN, Souza EBLB, Filho ALS</p>	<p>Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil (Recife, 2009)</p>	<p>- Determinar a influência da posição materna (vertical/horizontal) durante o parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais.</p>	<p>- Estudo de corte transversal, incluindo uma amostra de 176 mulheres primíparas que realizaram parto vaginal entre Julho de 2006 e Fevereiro de 2007.</p> <p>- Foi avaliada a relação entre a posição materna durante o parto vaginal e as seguintes variáveis:</p> <p>Obstétricas</p> <p>- Ocorrência e grau de laceração perineal espontânea;</p> <p>- Episiotomia;</p> <p>- Uso de ocitocina;</p> <p>- Necessidade de instrumentação.</p>	<p>- Apenas houve diferença estatisticamente significativa entre a prevalência da realização de episiotomia e a posição materna durante o parto vaginal, sendo esta maior nos partos em posição horizontal.</p> <p>- Os resultados demonstram que as diferentes posições adotadas na segunda fase de trabalho de parto não interferiram no bem-estar fetal.</p>	<p>- O estudo conclui que a posição de parto vaginal vertical minimiza a ocorrência de episiotomia, demonstrando, também, que a posição de parto, quando adequadamente indicada, não influencia o estado geral do recém-nascido.</p> <p>- Contudo mais estudos são necessários para avaliara a condição metabólica fetal no momento do parto para melhores recomendações.</p>	<p>III</p>
---	--	--	--	---	---	---	------------

				<p>Neonatais</p> <ul style="list-style-type: none">- Idade gestacional, peso, estatura, perímetro cefálico e índice de apgar ao 1º e 5º minuto.- Posição vertical considerada: sentada, semi-sentada, cócoras e de joelhos.- Posição horizontal considerada: decúbito dorsal, litotomia ou decúbito lateral esquerdo).			
<p>Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association?</p>	<p>Soong B, Barnes M</p>	<p>BIRTH 32:3 (Setembro de 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Analisar a associação entre a posição materna durante o trabalho de parto e a ocorrência de trauma perineal em mulheres que foram acompanhadas por parteiras, que tiveram parto vaginal espontâneo e gravidez sem complicações a longo prazo.	<ul style="list-style-type: none">- Estudo de caso-controle retrospectivo, com inclusão de informação relativa a 3,756 nascimentos ocorridos num grande hospital público terciário de ensino na Austrália.- A necessidade de episiotomia ou a ocorrência de lacerações foram avaliadas relativamente a vários fatores: posição materna, idade materna, primeiro parto vaginal, necessidade de ocitocina, apresentação e variedade fetal e peso do recém-nascido.	<ul style="list-style-type: none">- O estudo demonstra que a maioria das mulheres (65,9%) pariu na posição semi-dorsal. Das 1,679 mulheres (44,5 %) que necessitaram de episiotomia a maioria encontrava-se em posição semi-dorsal. Por outro lado a posição mãos e joelhos no chão está associada a uma menor necessidade de episiotomia e ocorrência de lacerações. Estas associações foram mais significativas nos casos de primeiro parto vaginal e recém-nascidos com peso superior a 3,500g.- Quando foi realizada analgesia epidural a posição semi-dorsal continua a estar associada a um maior número de casos de episiotomia, enquanto que a posição em decúbito lateral é considerada uma posição protetora.	<ul style="list-style-type: none">- O estudo conclui que as mulheres têm o direito de optar pela posição que lhe é mais confortável, mas de uma forma consciente, tendo os profissionais de saúde especializados um importante papel a desempenhar neste sentido.- A realização de mais estudos é incentivada no sentido de encorajar a adoção de novas práticas com vista à melhoria dos cuidados prestados.	<p>III</p>
<p>Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage</p>	<p>Jonge A, Diem MTH, Scheepers PLH, Pal-de Bruin KM, Lagro-Janssen ALM.</p>	<p>BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (Janeiro de 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar se existe um risco acrescido de perda de sangue associado à posição sentado ou semi-sentada adotada durante o parto e se houver se se encontra relacionado com a ocorrência de trauma perineal.	<ul style="list-style-type: none">- Análise secundária de um ensaio clínico randomizado sobre a gestão ativa ou fisiológica do terceiro período de trabalho de parto.- Amostra de 1,646 mulheres de baixo risco que tiveram parto vaginal espontâneo.- A perda de sangue foi quantificada através de uma escala de pesagem e	<ul style="list-style-type: none">- No estudo a perda total de sangue e a incidência de perda entre os 500 e os 1000ml foi maior nos casos em que houve a adoção da posição sentada ou semi-sentada. No entanto a adoção destas posições só constituem fatores de risco estatisticamente significativos nas mulheres que apresentam trauma	<ul style="list-style-type: none">- A partir do estudo pode-se concluir que a posição sentada ou semi-sentada apenas está associada a um risco acrescido de perda sanguínea quando existir algum tipo de trauma perineal.	<p>III</p>

	<p>medição apropriada.</p> <p>Posição horizontal considerada (decúbito dorsal ou lateral).</p> <p>Posição vertical considerada (sentada ou semi-sentada).</p> <p>Trauma Perineal (laceração perineal ou vaginal que necessita de ser suturada e episiotomia).</p>	perineal (episiotomia ou laceração).
--	---	--------------------------------------

Tabela 7: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

2.4 Discussão

A fase da discussão corresponde à quinta etapa da construção da revisão integrativa na qual é realizada a interpretação dos resultados. Neste momento, a partir dos resultados obtidos através da análise crítica de cada estudo incluído é possível realizar comparações com o conhecimento teórico do próprio revisor, com as práticas instituídas inerentes à área em questão e chegar às tão esperadas conclusões, compreendendo qual a aplicabilidade ou o contributo de cada revisão para a evolução da prática clínica e melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Seguidamente a análise dos resultados obtidos através dos estudos apresentados vai ser realizada de forma a dar resposta à pergunta de partida colocada inicialmente.

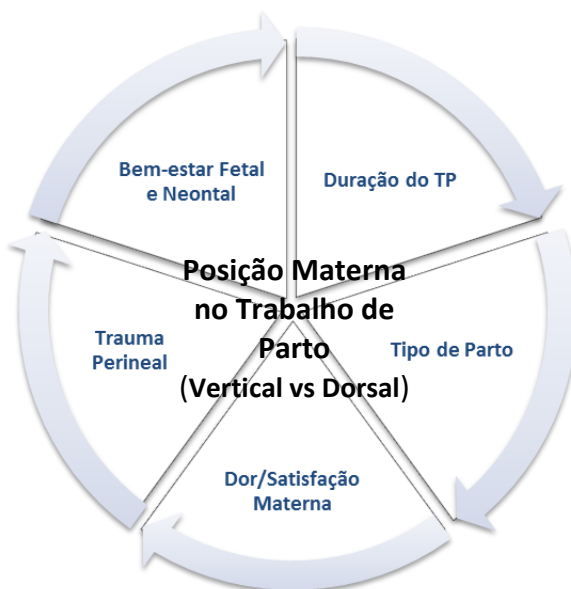


Figura 2: Implicações da Posição Materna no Trabalho de Parto

A influência que a posição materna assume perante estas variáveis durante o trabalho de parto encontra-se intimamente relacionada na medida em que esta depende sobretudo do efeito fisiológico conseguido no organismo de cada parturiente.

São diversas as vantagens apresentadas na maioria dos estudos sobre a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e sobre a adoção da posição vertical comparativamente com a posição dorsal por vários motivos. No entanto convém realçar os seus principais efeitos para uma melhor compreensão dos resultados obtidos nos 13 estudos apresentados.

Duração do Trabalho de Parto

De uma forma geral, segundo a maioria dos estudos os benefícios da posição vertical e da deambulação durante o trabalho de parto encontram-se associados à sua eficácia e eficiência no âmbito da contractilidade uterina, uma vez que o peso da gravidade coopera com as contrações uterinas e com os esforços expulsivos, apresentando-se o corpo gravídico em harmonia com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero. Para além disso a posição ereta possibilita um melhor fluxo sanguíneo permitindo que estas mesmas contrações sejam mais eficazes. Por outro lado a progressão da apresentação fetal é facilitada pela própria ação da gravidade e pelo aumento dos diâmetros da bacia pélvica (Mamede, Almeida e Clapis 2004). Desta forma é fácil compreender como todos estes fatores são responsáveis pela redução da duração do trabalho de parto.

Esta variável é analisada na maioria dos estudos apresentados, no entanto só alguns apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando comparada no grupo sujeito à intervenção estudada (adoção da posição vertical) e no grupo de controlo. Segundo Lawrence, [et al.] (2013) verifica-se uma redução de sensivelmente uma hora e vinte e dois minutos da duração do trabalho de parto nas mulheres que adotaram a posição vertical durante o mesmo. Esta redução também foi comprovada por outros revisores, nomeadamente Souza, [et al.] (2006), Robert, [et al.] (2005), Aguilar, Romero e Garcia, (2013) e Mamede, Almeida e Clapis (2004).

Tipo de Parto

Por todos os motivos já aqui apresentados é fácil perceber que apesar de todos os estudos encorajarem a mulher a adotar a posição que lhe é mais confortável durante o trabalho de parto, continuam a realçar a importância ou as vantagens da própria optar por uma posição vertical no sentido de facilitar a todos os níveis a progressão do processo de trabalho de parto, culminando este na realização de um parto eutócico. Apesar de esta evidência já estar mais que constatada apenas três estudos (Lawrence, [et al.], 2013, Mamede, Almeida e Clapis, 2004 e Gupta, Hofmeyr e Smith, 2012) demonstram diferenças estatisticamente significativas no que concerne à redução do número de partos distócicos (instrumentados ou cesarianas) nos grupos de mulheres que optam pela posição vertical durante o trabalho de parto, comparativamente com as que preferem permanecer numa posição dorsal. Desta forma torna-se pertinente a realização de mais estudos randomizados no sentido de esclarecer estas diferenças.

Dor/Satisfação Materna

O processo de percepção de dor e da satisfação da mulher durante o trabalho de parto é extremamente complexo uma vez que é influenciado por vários fatores, nomeadamente fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais (Lowdermilk et Perry, 2008).

Mamede, Almeida e Clapis (2004) no seu estudo ao citar vários autores refere que a dor percebida durante o trabalho de parto vai se alterando consoante a fase em que a mulher se encontra. Na primeira fase ou estadio de trabalho de parto a parturiente, independentemente da liberdade de posição, sente com maior intensidade dores na região abdominal e lombar. Já na segunda fase de trabalho de parto as sensações algicas apresentam um carácter migratório das regiões superiores para as inferiores (região púbica, sagrada e perineal) nas parturientes que assumem posição vertical e que não foram submetidas a qualquer tipo de anestesia. Por outro lado as que realizaram anestesia epidural mantém sensação dolorosa na região abdominal como é fácil de compreender. Esta mesma revisão também apresenta resultados que afirmam que a maioria das pacientes que se mantiveram numa posição vertical sentiram menor dor do que aquelas que preferiram permanecer na posição dorsal, sendo a dor e o aumento da fadiga dois fatores inibidores da progressão do trabalho de parto. Lawrence, [et al.] (2013) na sua revisão sistemática partilham da mesma opinião, assim como Miquelutti, Cecatti e Makuch, (2007).

Por sua vez Miquelutti [et al.] (2009) no seu estudo concluem que a posição vertical auxilia o alívio da dor, melhora o conforto e a satisfação da mulher durante o trabalho de parto, reconhecendo que a mulher ao ter liberdade de movimentos, sente que tem um maior controlo sobre o seu próprio corpo, sobre a situação em si, conseguindo desta forma gerir melhor todo o processo de trabalho de parto, sentindo-se, desta forma, mais confortável, mais segura e consequentemente mais satisfeita.

Lowdermilk et Perry (2008) referem ainda que a própria deambulação, para além de facilitar em todos os aspetos o trabalho de parto, constitui uma excelente forma de distração dos desconfortos do mesmo, possibilitando também uma maior interação da parturiente com a pessoa significativa, tornando este momento muito mais satisfatório.

Os restantes estudos não apresentam diferenças estatisticamente significativas no que respeita a esta variável relativamente aos dois grupos estudados, sobretudo porque a dor é considerada uma experiência subjetiva, perante a qual se podem observar comportamentos diferentes que podem variar consoante a própria cultura de cada mulher, o ambiente social na qual está inserida, experiências anteriores e até mesmo o próprio apoio que cada uma tem nesta fase (Mamede, Almeida e Clapis, 2004).

Trauma Perineal

Segundo Baracho, [et al.] (2009) sensivelmente 85% das mulheres que realizam parto vaginal estão sujeitas a sofrer de algum tipo de trauma perineal, incluindo lesões das estruturas de suporte de tecido conectivo da pelve, das estruturas vasculares, dos nervos e/ou músculos ou diretamente do trato urinário ou fecal. Estes traumas são habitualmente resultantes de lacerações perineais espontâneas ou devido à realização de episiotomia.

De acordo com o RCOG (2001) as lacerações perineais espontâneas são categorizadas da seguinte forma: laceração de 1º grau (lesão da mucosa), laceração de 2º grau (lesão que envolve a musculatura perineal, mas não o esfíncter anal), laceração de 3º grau (lesão que envolve o complexo esfíncteriano anal) e por fim a laceração de 4º grau (lesão que abrange o complexo esfíncteriano anal e a mucosa rectal). Desta forma tanto estas lesões perineais espontâneas como as decorrentes da realização de episiotomia, podem ser responsáveis, a curto prazo, pelo aumento da perda sanguínea, pela necessidade de sutura e pela dor sentida no pós-parto. A longo prazo o trauma perineal decorrente do parto vaginal é considerado como um importante fator de risco para o aparecimento de disfunções do assoalho pélvico, incluindo a incontinência urinária e fecal e os prolapso dos órgãos pélvicos.

Assim é fundamental compreender a causa da ocorrência do trauma perineal quando associado ao parto vaginal, sabendo que esta é multifatorial. São vários os fatores obstétricos e neonatais incluídos, nomeadamente a necessidade de realização de episiotomia, segundo período de trabalho de parto prolongado, utilização de indutores de trabalho de parto, partos instrumentados, recém-nascidos com peso superior a 4000g e nuliparidade. Sendo que alguns destes não se conseguem controlar, nomeadamente a condição de nulípara e o facto de o recém-nascido pesar 4000g. Contudo noutros pode-se interferir, nomeadamente na posição que a mulher adota durante o período expulsivo. A posição vertical adotada, sobretudo nesta fase, encontra-se associada aos benefícios já descritos anteriormente, sendo preferível a posição de cócoras ou mãos e joelhos no chão (Baracho, [et al.], 2009). Por fim este estudo acabou mesmo por comprovar que há menor incidência da realização de episiotomia nas parturientes que adotaram a posição vertical do que naquelas que permaneceram na posição horizontal.

Soong & Barnes (2005), partilham da mesma opinião, concluindo no seu estudo que a posição mãos e joelhos no chão é uma posição protetora da realização de episiotomia e ocorrência de lacerações. Já Gupta, Hofmeyr e Smith (2012) na sua revisão afirma que a posição vertical está associada a uma menor ocorrência de episiotomia, mas a um maior número de incidência de lacerações perineais de 2º grau e perda de sangue

superior a 500 ml. Aguilar, Romero e Garcia (2013) também apresentam uma maior incidência de lacerações perineais associada à posição vertical.

Por fim no que respeita à perda de sangue superior a 500ml durante um parto eutócico, esta só se encontra associada à posição vertical caso haja necessidade de correção de laceração ou da realização de episiorrafia (Jonge, [et al.], 2007).

Bem-estar Fetal e Neonatal

Fisiologicamente a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto está associada a um conjunto de benefícios no âmbito do bem-estar fetal e neonatal. Estes mesmos benefícios justificam-se pelo facto da mulher quando adota a posição vertical permite que ocorra uma redução do risco de compressão da aorto-cava e consequentemente melhor oxigenação fetal. Para além disso na posição vertical encontram-se assegurados os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo, desta forma, o risco de sofrimento fetal, mesmo perante um período expulsivo arrastado. A avaliação da ventilação pulmonar e do equilíbrio ácido-básico do recém-nascido comprovam estes mesmos benefícios, apresentando melhores resultados nos casos em que a mulher prefere ficar na posição vertical quer durante o período da dilatação como no decorrer do período expulsivo (Mamede, Almeida e Clapis, 2004).

Lawrence, [et al.] (2013) na sua revisão concluem que a taxa de recém-nascidos que são internados nas unidades de neonatologia é menor quando as parturientes assumem a posição vertical durante o trabalho de parto.

Contudo nos restantes estudos não há diferenças estatisticamente significativas no que respeita a esta variável, uma vez que se trata de um número reduzido de estudos, apresentando estas amostras muito pequenas. No entanto nenhum deles demonstrou consequências negativas tanto para o feto como para o recém-nascido pelo facto da parturiente adotar a posição vertical durante o trabalho de parto, muito pelo contrário, todos concluíram que a posição vertical pode estar associada a melhores resultados no âmbito do bem-estar fetal e neonatal, todavia são necessários mais estudos para o comprovar.

2.5 Conclusão da Revisão Integrativa

A realização desta revisão integrativa constituiu uma excelente forma de aprofundar e consolidar capacidades no âmbito da investigação em enfermagem, sobretudo nesta área de especialização. Considerando que a constante procura de evidência atualizada e devidamente fundamentada sobre o nosso campo de atuação deve ser um exercício contínuo de qualquer profissional, especialmente os que exercem funções na área da saúde, penso que apesar de já existir alguma evolução neste sentido, é necessário continuar a incentivar os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, a reverem as suas práticas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando a obtenção de maiores ganhos na sua área de atuação.

Como futura EESMO esta revisão surgiu no sentido de rever algumas práticas com as quais me deparei na sala de partos e que penso que podem e devem ser diferentes no que respeita à liberdade de movimentos e posições que a parturiente pode adotar durante o trabalho de parto.

Desta forma, com a realização da presente revisão integrativa concluímos que devido sobretudo à sua ação física e fisiológica a posição vertical, comparativamente com a posição dorsal, está associada a um conjunto de benefícios que a parturiente pode usufruir durante o trabalho de parto, nomeadamente encurtar a duração do próprio trabalho de parto, apresentar maior probabilidade de ter um parto eutócico, sentir um maior controlo do seu próprio corpo, adotando as posições que lhe são mais confortáveis junto da pessoa significativa, sentindo, consequentemente, menos dor e maior satisfação durante todo o processo. Por sua vez, sobretudo, se adotar a posição de cócoras ou mãos e joelhos no chão tem menor probabilidade de necessitar de realizar episiotomia, apesar de, segundo alguns estudos, apresentar um maior risco de ocorrência de lacerações de 2º grau. No que respeita ao bem-estar fetal e neonatal são poucos os estudos que apresentam diferenças estatisticamente significativas no que se refere às duas posições estudadas, mas todos eles afirmam que sem ser em situações de risco, a parturiente deve adotar a posição que lhe é mais confortável, na medida em que não foram encontradas quaisquer desvantagens de assumir qualquer uma das posições. No entanto alguns estudos referem que a posição vertical melhora os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, havendo menor risco de ocorrer sofrimento fetal, assim como o recém-nascido ser internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

Apesar de todas estas conclusões, todos os estudos incluídos na revisão, afirmam que é necessária a realização de mais estudos randomizados, no sentido de minimizar o risco de contaminação de resultados e de forma a chegar a mais evidências sobre as restantes variáveis avaliadas.

Por fim a ideia transversal a todos os estudos analisados centra-se no direito que cada parturiente, se não estiver em situação de risco, tem de optar pela posição que lhe é mais confortável e que pensa que será mais vantajosa para o seu trabalho de parto. No entanto esta mesma decisão deve ser tomada de forma consciente e devidamente fundamentada e é aqui que nós enfermeiros especialistas devemos intervir e fazer toda a diferença, devendo estas orientações serem fornecidas e trabalhadas nos cursos de preparação para o parto que são da nossa inteira responsabilidade, não havendo, desta forma, desculpa para não a trabalharmos da forma mais adequada e segundo as evidências mais atualizadas.

2.6 Implicações para a Prática Clínica, Ensino e Investigação

Ao longo dos tempos, os profissionais de enfermagem tem vindo a demonstrar uma capacidade de adaptação á mudança que é visível quer pelo seu percurso formativo, quer pela sua adesão às novas tecnologias. Todavia, face à globalização, às transformações sociais e às caraterísticas do mundo do trabalho de hoje, já não basta dizer que estamos na era da tecnologia, mas antes reconhecer que nos encontramos na era do conhecimento!

Nesta perspetiva, no mundo da saúde urge basear as práticas na evidência científica, pois para além de ser uma exigência, ser produtor e/ou consumidor de resultados de investigação constitui o garante das boas práticas, para além de ser também o vetor da visibilidade da enfermagem, como uma profissão de cariz científico, tal como o é já na atualidade.

A aplicabilidade de estudos de investigação nas suas práticas clínicas, nem sempre tem conseguido o êxito desejado. Os fatores que o impedem são múltiplos, desde a escassez de tempo à multiplicidade de informação disponível, pelo facto de ser necessário adquirir competências que sejam capazes de gerir a informação adequadamente.

Assim com a necessidade premente de criar formas e caminhos que facilitassem a incorporação de dados oriundos de investigações qualificadas para a prática clínica, surge o importante papel da prática baseada na evidência, com as suas diversas formas de investigação.

O realce dado, neste relatório, à revisão integrativa como um método de excelência, não é em vão, pois permite-nos problematizar as práticas associadas a uma determinada temática e, também, que o profissional consiga separar evidências científicas de opiniões e ideias, para além de poder compreender qual o estado do conhecimento na atualidade, promovendo assim a sua aplicabilidade na prática de hoje (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

A realização desta revisão integrativa vai de encontro à nossa forma de encarar e estar na profissão, já que pugnamos no nosso quotidiano pela qualidade dos cuidados especializados não só no momento do parto, mas desde a conceção ao nascimento, onde, na nossa perspetiva, o papel dos enfermeiros especialistas se revela de extrema importância.

Consideramos que o estudo sobre esta temática, das implicações da posição materna no trabalho de parto, constituiu uma mais-valia para minimizar a controvérsia em torno desta área, encontrando-se a maioria dos profissionais ainda muito renitentes à mudança. Tal como compreender que a liberdade de movimentos e de posição da mulher durante o trabalho de parto é um direito adquirido da mesma e o reconhecer a importância da posição vertical, como um desafio que não pode ser esquecido, na medida em que esta prática é suportada pelas recomendações nas principais guidelines de assistência ao parto normal (AWHONN, 2007) e preconizadas pelo movimento de humanização de assistência ao parto (Lawrence, [et al.], 2013).

No que respeita à questão relativa a administração de analgesia epidural são várias as evidências que na atualidade demonstram que é possível ter liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, mesmo a grávida sendo sujeita à realização de analgesia epidural, através das técnicas de epidural de baixa-dosagem designadas por “walking epidural”, não constituindo, desta forma, esta situação um entrave (Kemp, [et al.], 2013).

Durante o internamento hospitalar desenvolvemos as competências em colaboração e integradas numa equipa multidisciplinar especializada, na qual cada elemento, durante todo o processo de intervenção, potenciou e fez sobressair ao máximo as suas capacidades e competências no sentido de atingir o melhor resultado possível para cada caso (Brasil, 2010). Esta parceria entre a equipa de enfermagem e a equipa médica que se pôde verificar no decorrer deste estágio, como já referi anteriormente, é

considerada uma mais-valia e uma vantagem no sentido da excelência e da qualidade dos cuidados prestados neste serviço.

Por outro lado, pudemos constatar que este estudo, pelo menos para a realidade da sala de partos onde realizámos o estágio, pode ser uma mais-valia para repensar nas técnicas de analgesia utilizadas, na medida em que com a administração contínua de analgesia epidural, com elevadas doses de concentração, é impossível que qualquer parturiente assuma outra posição que não seja a dorsal. Desta forma a “walking epidural” (administração de analgesia epidural de baixa-dosagem), pode constituir uma boa sugestão para possibilitar que as parturientes possam adotar a posição que lhe é mais confortável durante o trabalho de parto, podendo todo este processo ser experienciado de uma forma mais positiva e gratificante.

De uma forma geral, os resultados evidenciados neste estudo vieram validar a teoria apresentada no decorrer do Curso de Mestrado e Especialidade no que respeita à importância da adoção da posição vertical durante o trabalho de parto e, assim, continuar a reforçar a ideia no sentido da excelência do desempenho prestado pelo EESMO no âmbito da sua prática de cuidados.

Após a análise dos resultados emergentes deste estudo reconhecemos que em muito veio contribuir para a reflexão e mudança nas práticas, na medida em que permitiu consolidar a necessidade premente de alterar a posição inflexível face à necessidade de mudar as práticas por parte de alguns profissionais. Contudo, apesar de todas as sugestões que nós possamos deixar e o reconhecimento das mais-valias encontradas, sugerimos que continuem a ser estimulados os estudantes, mas também os profissionais para a realização de outros estudos no sentido de criar o hábito de implementar na sua prática de cuidados, os resultados de estudos que venham consolidar conhecimentos e mudar atitudes rumo à adoção de medidas protetoras e benéficas, que contribuam para uma adequada evolução do trabalho de parto.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto desenvolvido na primeira parte deste relatório pauta-se pela aquisição de competências do EESMO em cada domínio específico e centrou-se na premissa “que mais do que fazer, importa fazer bem...”, ou seja, antes de delinear e implementar o plano de ação, a nossa postura foi procurar justificar e fundamentar as intervenções, tendo em conta cada caso em particular, o seu contexto, a sua situação clínica, baseando-se na teoria adquirida e nas evidências mais recentes e atualizadas.

No decorrer do estágio e nos constantes momentos de reflexão e problematização das práticas instituídas e realizadas, foram muitas as que suscitaram dúvidas e que nos fizeram questionar se as intervenções que estavam a ser delineadas eram as mais adequadas para cada situação, pois constatamos que nem tudo o que aprendemos na teoria é passível de ser realizado, face aos constrangimentos dos locais de trabalho.

Desta forma, pudemos constatar que o método de trabalho adotado baseava-se no método individual, que na nossa perspetiva é o mais adequado. No que respeita aos registos de enfermagem, a equipa conta com o apoio do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), que está elaborado no sentido de recorrer à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) β2, uniformizando e simplificando todas os diagnósticos e intervenções realizadas.

Outra das situações que também contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo referente a cada caso e que consideramos favorável neste estágio diz respeito ao facto de existirem regularmente momentos de discussão e partilha de informação entre a equipa médica e a de enfermagem, conseguindo, desta forma, compreender e problematizar melhor cada situação e em conjunto elaborar um plano de intervenção mais adequado a cada casal/família.

Por outro lado, a prática desenvolvida em cada domínio foi, também, auxiliada pelos protocolos de enfermagem e médicos existentes no serviço, apesar de considerarmos

que a equipa de enfermagem deveria ter uma noção mais consistente de cada um deles, no sentido de em determinadas situações, principalmente nas de risco, poder atuar em conformidade e com maior eficácia.

No que respeita a um dos objetivos a que nos propusemos, a pertinência da realização de um estudo sobre uma problemática sob a revisão integrativa da literatura, permitiu problematizar uma das áreas de interesse e que acreditamos que pode fazer com que ocorram algumas alterações na prática, sobretudo na dinâmica da sala de partos, centrando-se nas Implicações da Posição Materna no Trabalho de Parto. Apesar de já ser do conhecimento de todos os especialistas que a liberdade de movimentos e adoção da posição vertical pela mulher durante o trabalho de parto influencia favoravelmente a sua progressão e promove o bem-estar materno-fetal, poucos ainda conseguem integrar estes princípios no seu plano de intervenção à mulher em trabalho de parto, arranjando diversas justificações centradas quer na segurança da própria parturiente como na do bebé, ou baseando-se no simples facto destas medidas não serem possíveis de implementar caso as grávidas já tenham sido submetidas a analgesia epidural.

Contudo o direito à deambulação durante o trabalho de parto e o encorajamento da adoção de posições não supinas por parte da mulher, já se encontram descritos em vários documentos, nomeadamente na publicação que a OMS em 1996 redigiu sobre as “Recomendações na Assistência ao Parto Normal”, no consenso “Pelo direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada” publicado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO, 2009) e pela Ordem dos Enfermeiros em 2012, na orientação politico-profissional relativa à promoção do parto normal – “Keeping Birth Normal” publicada pela própria Confederação internacional de Parteiras (ICM) em 2009 e no Livro “Iniciativa ao Parto Normal” redigido pela Federación de Asociaciones de Matronas de Espanha (FAME) em conjunto com a APEO em 2009, inspiradas pela campanha “Campaign for normal Birth” iniciada em 2005 pelo Royal College of Midwives, entre outros.

Quando a parturiente é submetida a analgesia epidural, esta situação, pode ou não condicionar a adoção da posição vertical, consoante as técnicas e as concentrações de fármacos utilizados, podendo e devendo ser adotada, sempre que possível, a técnica da “walking epidural”, possibilitando a mulher de deambular e adotar diferentes posições durante o trabalho de parto.

Por outro lado a própria cultura ocidental da maioria das parturientes, pode constituir outro entrave, fazendo com que as mesmas adotem preferencialmente a posição dorsal na maior parte do tempo durante o trabalho de parto, assumindo os enfermeiros especialistas a responsabilidade de trabalhar esta questão, nos cursos de preparação para o

parto, no sentido de instruir, ensinar e orientar as parturientes para compreenderem as vantagens e/ou desvantagens das diversas posições e poderem até mesmo experimentar a mais confortável para cada uma, podendo, posteriormente tomar uma decisão consciente e fundamentada neste sentido (Gupta, Hofmeyr e Smith, 2012).

Relativamente à duração do trabalho de parto, está demonstrado que a deambulação, especialmente se ocorrer nas primeiras três horas da fase ativa do trabalho de parto encontra-se associada a uma diminuição do mesmo (Mamede; Almeida; Clapis, 2007). Esta diminuição é, frequentemente, atribuída à presença de contractilidade uterina eficaz e à diminuição da necessidade de se recorrer a analgesia, reduzindo, também desta forma, a realização de partos instrumentados (Bloom, [et al.], 1998).

Por sua vez, a prática baseada na evidência apresenta neste relatório uma devida posição de destaque não só como método de validação e justificação da tomada de decisão no sentido de melhorar a qualidade da prática clínica no âmbito do estágio realizado, como também é evidenciado o seu inquestionável papel para o futuro e desenvolvimento desta profissão no que respeita à sua autonomia e certificação e construção de um corpo de conhecimento específico e sólido. Neste sentido, a procura de nova e consistente evidência científica, constituiu uma constante no decorrer de todo o percurso formativo, uma vez que reconhecemos a necessidade de como enfermeiros especialistas, no futuro, não só, garantir a qualidade dos cuidados, como também contribuir para a excelência dos mesmos em cada situação.

Dada a multidisciplinaridade que o conhecimento e a prática de enfermagem exigem, para além do aprofundar de conhecimento da nossa área, em particular, foi fundamental considerarmos a componente bio-psico-social e cultural de cada pessoa, que implicou recorremos ao apoio de outras ciências complementares à enfermagem, tais como as ciências biomédicas, sociais e humanas, psicologia, socio antropologia, entre outras.

Sintetizando, as restantes semanas de estágio deram espaço para a concretização do respetivo projeto de formação delineado. Incluindo, este, a integração e envolvimento na dinâmica dos projetos de cuidados de enfermagem, a análise critico-reflexiva da construção do processo de aprendizagem e sua operacionalização nas práticas planeadas, realizando, simultaneamente, a mobilização e recontextualização de todos os conhecimentos teóricos adquiridos, no sentido de delinear o mais adequado plano de enfermagem face à especificidade de cada casal/família que se encontrava a vivenciar um processo de maternidade/nascimento ou de perda.

Face a análise pormenorizada sobre o desenvolvimento deste estágio em cada unidade de cuidados, realizada anteriormente neste relatório e de acordo com os dados

apresentados em seguida, é-me possível afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos e as devidas competências adquiridas

Figura 3: Número de Grávidas alvo de cuidados e vigilância

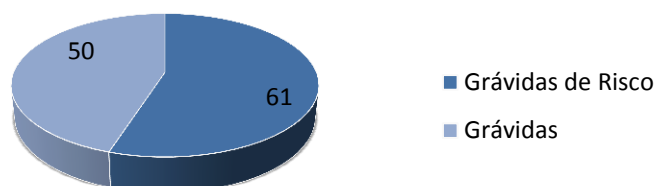


Figura 4: Número de Partos Executados (com/sem episiotomia) e Participados (cefálicos)

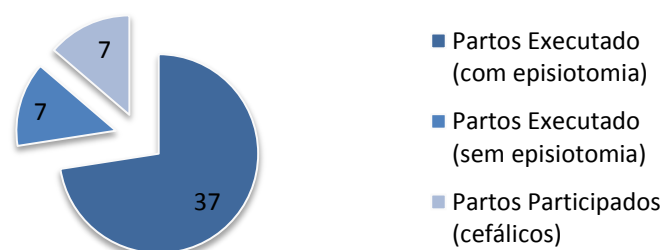
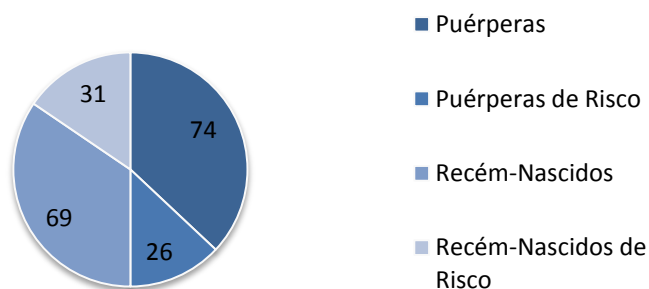


Figura 5: Número de Puérperas e Recém-Nascidos alvo de cuidados e vigilância



Contudo, tudo isto só foi possível graças a um conjunto de condições que estiveram presentes durante todo o estágio, tornando-o extremamente enriquecedor e promotor do meu crescimento nas mais variadas vertentes como futura Enfermeira Especialista.

Durante estes dois anos, e sobretudo neste estágio final, a responsabilidade assumida pela nossa autoformação muito contribuiu para o culminar com sucesso deste estágio. A assiduidade aliada a uma atitude proactiva e interessada foi o suporte para a mobilização de conhecimentos da teoria para a prática clínica e sua consequente reflexão e aplicabilidade, associada a uma recorrente procura de consistente e atualizada evidência científica no sentido de justificar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Por sua vez, a competência das enfermeiras tutoras que me acompanharam durante este estágio, constituiu o elo mais favorável no âmbito do meu processo de formação, não só pela disponibilidade e interesse demonstrados, mas pelo facto de possibilitarem a existência de verdadeiros momentos de discussão e reflexão, incentivando-me, continuamente, a problematizar cada situação clínica, no sentido da construção de um plano de intervenção individualizado e que fosse de encontro às necessidades reais de cada caso específico.

Estes mesmos momentos de reflexão crítica muitas vezes ocorriam em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, tornando-se extremamente enriquecedores, na medida em que não só se refletia sobre a nossa atuação como enfermeiras especialistas, como se partilhavam diversos conhecimentos e pontos de vista oriundos de outras áreas envolvidas, como é o caso da anestesiologia, obstetrícia, pediatria entre outros, promovendo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados por toda a equipa.

Por outro lado a desconstrução e problematização de cada caso clínico motivava os próprios profissionais a investigarem cada vez mais, procurando nova evidencia que fundamentasse as intervenções delineadas, ou que por sua vez promovesse a mudança das práticas instituídas.

Outro dos pontos positivos e que não podemos deixar de mencionar diz respeito à grande capacidade, demonstrada por toda a equipa multidisciplinar, de humanização de cada cuidado prestado, tendo sempre que possível em conta, a preferência de cada mulher/casal, as suas convicções e valores e os seus ideais. A componente cultural nunca foi esquecida, tentando-se adequar, sempre que necessário, as intervenções aos costumes e tradições de cada pessoa, respeitando-as nas mais variadas vertentes.

As sessões de formação realizadas no âmbito da prestação de cuidados na sala de partos também se mostraram favoráveis para o desenvolvimento de novos conhecimentos e esclarecimento de dúvidas sobretudo na área da monitorização cardiotocográfica, mais especificamente no campo da monitorização interna, incidindo sobre o momento mais adequado para colocação de STAN®, as suas vantagens, desvantagens, entre outras situações. Contudo estas sessões de formação em serviço também se verificaram no estágio no serviço de puerpério, sendo bastante construtivas sobretudo na área de amamentação, prevenção de acidentes no primeiro ano de vida, situações de icterícia, assim como, na revisão de alguns protocolos instituídos.

Por sua vez no decorrer de todo o estágio as sessões de orientação tutorial organizadas e determinadas pela Orientadora do Estágio, Professora Vitória Parreira, também se apresentaram como uma mais-valia, na medida em que possibilitaram a troca

de experiências, partilha de conhecimentos, constituindo, também, verdadeiros momentos de análise e reflexão da nossa prática como futuras enfermeiras especialistas.

Como pontos menos positivos sentidos no decurso deste estágio final posso apontar a exigente carga horária que tinha de ser compatível com os nossos horários de trabalho, mas que compreendo que é a exigida pelo colégio de especialidades.

No que respeita ao serviço em questão, apenas realço a falta de condições físicas que em algumas situações foram um pouco constrangedoras, mas que por outro lado também apelaram à minha imaginação de forma a garantir a privacidade das utentes assistidas. Em relação ao conjunto de protocolos existentes direcionados para cada situação específica, penso que estes deviam ser revistos e atualizados mais regularmente, devendo, também, ser do conhecimento de toda a equipa multidisciplinar.

Apesar de termos assistido a uma atitude mais proactiva no âmbito da investigação de nova evidência pensamos que ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de consciencializar todos os profissionais envolvidos sobre a importância e vantagem, de cada vez mais, incorporarmos esta nova e consistente evidência nos cuidados que prestamos, conseguindo justificar e argumentar as intervenções que delineamos para cada caso em particular. Por outro lado torna-se urgente fazer com que todos os enfermeiros acreditem que só construindo um corpo de conhecimentos específico da nossa área da atuação é que a nossa profissão começa a ser valorizada e considerada como uma profissão autónoma.

No que respeita à implementação da prática investigada nos cuidados prestados à mulher durante o trabalho de parto, a falta de segurança pode ser considerada como um dos motivos para que a maioria dos profissionais não adote este tipo de atitude. Contudo existem formas de contrariar esta situação, possibilitando, por exemplo que a parturiente deambule e que ao mesmo tempo consiga estar monitorizada cardiotocograficamente através de aparelhos específicos e que mais tarde ou mais cedo vão ter que ser adquiridos pela maior parte dos serviços, uma vez que já são comuns em outras maternidades.

Finalizando, acreditamos que quer pela realização desta revisão integrativa quer pela nossa participação nos projetos do serviço, este estágio, constituiu uma mais-valia para toda a equipa de enfermagem no sentido desta repensar e tentar fundamentar as práticas implementadas e instituídas, consciencializando-se da necessidade da sua atualização através das evidências mais consistentes e atuais, fomentando mesmo, esta vontade de procura, de investigar, tão crucial e ainda tão pouco sentida por todos nós enfermeiros especialistas, de forma a crescermos com esta especialidade que está em constante evolução e mudança.

CONCLUSÃO

O Estágio de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Pós-Parto constituiu o culminar destes dois anos intensivos de formação e crescimento nas mais variadas vertentes.

Ao realizarmos uma análise retrospectiva do desenvolvimento deste estágio, torna-se essencial refletir sobre a forma como os objetivos foram atingidos e como foram delineadas as estratégias em função das competências específicas a adquirir em cada domínio em particular. Tendo em conta a sua organização e os seus objetivos, podemos afirmar que de acordo com o plano de estudos estipulado e segundo os domínios de aquisição de competências específicas do EESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, passíveis de serem desenvolvidas neste estágio, acreditamos ter atingido os objetivos:

- Adquirimos competências que permitiram intervir no domínio dos cuidados enfermagem especializados na vigilância e cuidado da grávida de risco, em trabalho de parto e no puerpério;
- Desenvolvemos competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora e gravidez, no processo de maternidade e exercício da parentalidade;
- Desenvolvemos competências que nos ajudaram a promover práticas emancipatórias para empoderar os pais para o exercício do papel parental;
- Aprofundámos as competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional;
- Recontextualizámos os saberes teóricos no contexto das práticas.

Desde o início a forma como este estágio estava organizado e estruturado, entre o contacto permanente com a prática clínica e os momentos de discussão, partilha de experiências e reflexão, para além da aquisição e desenvolvimento de competências

práticas e técnicas, possibilitou, a recontextualização e a mobilização constante dos conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer de todo o curso.

No processo ativo e contínuo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns e específicas inerentes ao Estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto, como foi a situação que vivenciamos, todos os princípios foram respeitados, tendo consciência que durante este percurso era necessário assumir as intervenções autónomas e interdependentes em cada área em particular, tendo sempre como base do exercício profissional, o respeito pelos direitos humanos, quer na relação que estabelecemos com os utentes, quer com os restantes profissionais envolvidos. Seguimos a orientação (ICN (2002, cit. por OE, 2010c) de que só é possível a obtenção de cuidados de saúde materna de qualidade se houver respeito, confiança e comunicação efetiva entre toda equipa multidisciplinar, devendo ser esta colaboração construtiva e focalizada nas necessidades da mulher nos mais diversos níveis de atuação.

Em concordância com a premissa que a ESEP sempre nos tentou transmitir, que não adianta só saber fazer bem, mas sim questionarmo-nos o porquê de agirmos de uma determinada forma, com a obrigatoriedade de sempre fundamentar, adequadamente, o plano de intervenção que delineamos para cada situação, baseando-nos nas melhores evidências encontradas, assumimos que no contexto deste percurso formativo, a nossa atitude não poderia ser diferente.

Assim, consideramos que este estágio correspondeu às nossas expectativas, ao pretender ser um projeto individual, de desenvolvimento pessoal e profissional, que evoluísse para uma prática de cuidados especializados de crescente complexidade, que não só demonstrasse as nossas capacidades práticas e cognitivas mas que ficasse marcado por um olhar crítico-reflexivo sobre cada caso em particular no sentido de elaborar um plano de intervenção diferenciado com o intuito de atingir os melhores resultados possíveis.

A importância da componente de investigação para atingir e garantir o caminho da excelência dos cuidados, que procuramos seguir, implicou basear as intervenções delineadas em evidência consistente e atualizada, como é possível verificar ao longo da descrição das atividades neste Relatório.

A elaboração de uma revisão integrativa da literatura, cuja questão central baseou-se nas Implicações que a Posição Materna tem no Trabalho de Parto, foi um processo de extrema gratificação, na medida em que mais uma vez foi possível comprovar que incentivar, sempre que possível, a parturiente a adotar uma posição vertical durante o trabalho de parto deve ser uma atitude assumida por parte de toda a equipa, uma vez que influencia favoravelmente o progresso do trabalho de parto, obtendo-se maiores ganhos

em saúde quer para a mãe como para o próprio bebê, diminuindo, assim, simultaneamente, o número de partos distócicos.

Relativamente ao ensino, dos resultados desta investigação, podem resultar uma maior segurança, sentida pelo professor, ao permitir investigar e problematizar esta temática no âmbito dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista na sala de partos, reforçando as vantagens da deambulação e adoção da posição vertical durante o trabalho de parto.

No que se refere a futuras investigações, esta revisão conclui que é fundamental continuar a problematizar esta temática com a elaboração de mais estudos randomizados, sobretudo no âmbito da influência desta prática nos resultados maternos e neonatais, quando a parturiente é submetida a analgesia epidural. Estes estudos vão influenciar diretamente a prática, uma vez que se se concluir que mesmo com a epidural a mulher tem mais vantagens em permanecer na posição vertical e a deambular do que ficar deitada no leito, as próprias técnicas de analgesia podem e devem sofrer alterações no sentido de proporcionar à parturiente a opção de permanecer deitada ou não, recorrendo à técnica da “walking epidural”.

Esta mudança de paradigma no âmbito da analgesia durante o trabalho de parto já se verifica em outras instituições, devendo ser implementada, sempre que possível, em todas as situações, proporcionando a mulher/casal todas as suas vantagens inerentes.

Já que a revisão integrativa, emerge como resposta à necessidade de implementar a prática baseada na evidência em diversas áreas de atuação, incluindo a dos profissionais de enfermagem, uma vez que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à nossa tomada de decisão e consequentemente à melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado de conhecimento de uma determinada temática, para além de sobressair lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a elaboração de novos estudos, este tipo de metodologia apresenta-se como a mais indicada para este estudo (Pompeu, Rossi e Galvão, 2009).

No que concerne à recetividade e disponibilidade demonstrada quer por parte da equipa de enfermagem quer por parte da equipa médica neste processo de integração, aliada ao nosso envolvimento, no decorrer de todo o estágio, constituíram um fator significativamente positivo para o seu sucesso que não podemos deixar de referir. Esta articulação com a equipa multidisciplinar, bem como a postura proativa que adotamos aliado ao interesse e à busca sistemática de evidência científica, constituíram o suporte para as nossas intervenções, no sentido de atingir a excelência no processo de aprendizagem e na consolidação desta etapa final do percurso formativo, evidenciando o

seu inquestionável papel no futuro e desenvolvimento da profissão no que respeita à autonomia, certificação e construção de um corpo de conhecimento.

Por fim, posso dizer mais uma vez, que este estágio final foi extremamente enriquecedor, uma vez que para além de ter conseguido atingir os objetivos inicialmente propostos, com a aquisição das devidas competências específicas em cada área de atuação, este estágio proporcionou um crescimento pessoal e profissional, assim como desenvolver capacidades não só como futura enfermeira especialista, mas também como Enfermeira que sou.

No decorrer do estágio tive a possibilidade de contactar e gerir de alguma forma diversas situações mais exigentes e complexas que conseguiram fazer sobressair e aprimorar as nossas competências relacionais e humanas fundamentais para o estabelecimento de uma relação assertiva com os diversos casais envolvidos.

Por fim gostaria que o meu percurso nesta formação não tivesse aqui o seu término, pois abriu espaço à necessidade de continuar a procurar e a realizar estudos que demonstrem outras evidências, tal como o que realizamos, mas também noutras áreas, no sentido de serem produzidos resultados que possam servir a todos os profissionais de saúde, bem como às próprias grávidas/parturientes permitindo uma tomada de decisão consciente e fundamentada sobre a condução do seu trabalho de parto e parto.

Em jeito de conclusão diria:

Não basta dirigir-se ao rio com a intenção de pescar peixes, é necessário também levar a rede!

Provérbio chinês

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE - *Breastfeeding promotion in the prenatal setting* : Guideline. [S.l.] : Breastfeed Med, Março de 2010.

AGUILAR, O.C. ; ROMERO, A.L.F. ; GARCIA, V.E.M. - Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*. ISSN-0300-9041. Vol. 81, nº 1 (Janeiro de 2013), p. 1-10.

AHLBORG, Tone ; STRANDMARK, Margaretha - The baby was the focus of attention-first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavia Journal Caring Sciences*. Vol. 15, Issue 4 (2001), p. 318-325.

ALFIREVIC, Z. ; DEVANE, D. ; GYTE, G.M.L. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. Issue 3, 2006.

ALKALAY, Arie L. ; SIMMONS, Charles F. - Hyperbilirubinemia Guidelines in Newborn Infants. *Pediatrics*. Volume 115, nº 3 (March 2005), p. 824-825.

AL-OMARI, Wafa R. [et al.] - Atosiban and nifedipine in acute tocolysis: A comparative study. European. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 128, Issues 1-2 (September 2006), p. 129-134.

AMERICAN COLLEGE OF NURSING-MIDWIVES. Intrapartum Nutrition. Clinical Bulletin Nº 3, February. 2000.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) - *Practice Bulletin No. 33 : Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia*. Obstetrics & Gynecology. Washington (DC) : ACOG, January 2002, Volume 99, Issue 1, p. 159-167.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) - *Practice Bulletin No. 107 : Induction of Labor*. Obstetrics & Gynecology. Washington (DC) : ACOG, August 2009, Volume 114, Issue 2 (Part 1), p. 386-397.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) - *Practice Bulletin No. 71 : Episiotomy*. Obstetrics & Gynecology. Washington (DC) : ACOG, April 2006, Volume 107, Issue 4, p. 956-962.

ANDERSON, Gene C. [et al.] - Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, No 2. Oxford. 2006.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO) - *Iniciativa Parto Normal : Documento de Consenso*. Loures : Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-49-3.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES (AWHONN) - *Breastfeeding support: prenatal care through the first year, second edition: Evidence-based clinical practice guideline*. Washington : AWHONN, Janeiro de 2007.

BARACHO, Sabrina M. [et al.] - Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. ISSN 1519-3829. Recife. Volume 9, nº 4 (Out./Dec. 2009), p. 409-414.

BECK, Diana. [et al.] - *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Washington, DC : Save the Children Federation, 2004.

BELL, Kathleen M. - Centering Pregnancy : Changing the System, Empowering Women and Strengthening Families. *International Journal of Childbirth Education*. Vol. 27, Issue 1 (January 2012), p. 70-76.

BELLAD, M.B. ; KAMAL, P. ; RAJESHWARI, P. - Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology*. Vol. 2, Issue 1 (Jan-Apr 2010), p. 37-39.

BHUTTA, Zulfiqar A. [et al.] - Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries : a review of the evidence. *Pediatrics*. Springfield. Vol. 115, No. 2 (Feb. 2005), p. 519- 617.

BITTAR, R.E. ; FONSECA, E.B. ; ZUGAIB, M. - Predição e prevenção do parto pré- termo. *Femina*. Vol. 38, nº 1 (Janeiro 2010), p. 13-22.

BLOOM, Steven L. [et al.] - A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 194, Issue 1 (2006), p. 10-13.

BLUME-PEYTAVI, Ulrike [et al.] - Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology*. Vol. 29, No. 1 (Jan-Feb 2012), p. 1-14.

BOCCOLINI, Cristiano S. [et al.] - Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de Pediatria*. Rio Janeiro. Volume 89, Issue 2 (March–April 2013), p. 131-136.

BOTELHO, Louise L. R. ; CUNHA, Cristiano C. A. ; MACEDO, Marcelo - O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista Gestão e Sociedade*. Belo Horizonte. Volume 5, Número 11 (Maio/Agosto 2011), p.121-136. ISSN 1980-5756

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – *Manual Técnico da Gestação de Alto Risco*. 5ª edição. Brasília, Brasil : Editora do Ministério da Saúde, 2012. ISBN 978-85-334-1767-0.

BROOME, Marion E. - Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. - *A. Revisão sistemática e meta-análise*. 2006.

CAMPOS, D. A. ; MONTENEGRO, N. ; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina materno-fetal*. 2ª edição. Lisboa : Lidel, 2008. ISBN 978-972-757-467-4.

CANAVARRO, Maria C. ; FONSECA, Ana - Reações Parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congénita do bebé: implicações para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 1645-0086. Vol. 11, nº 2 (2010), p. 283-297.

CANTILINO, Amaury [et al.] - Transtornos psiquiátricos no pós-parto : Revisão da Literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*. ISSN 0101-6083. São Paulo. Vol. 37, nº 6 (2010), p. 278-284.

CARROLI, Guillermo ; MIGNINI, Luciano - Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1, 2009.

CATTANEO, A. et al. Promoção, proteção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projeto em ação. Itália: Unit for Health Services Research and International Health, 2004.

COLMAN, Arthur D. ; COLMAN Libby L. - *Gravidez: A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri. 1994.

CONCEIÇÃO, J. A. N. Higiene física. In MARCONDES, E. et al. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 113-117.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - *CIPE Versão 2: Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal : Ordem dos Enfermeiros. 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

COSTA, A.G. ; GADELHA, P.S. ; LIMA G.P. - Análise crítica dos métodos de avaliação da vitalidade fetal com base em evidências científicas : Revisão Sistemática da Literatura. *Femina*. Vol. 37, nº8 (Agosto de 2009), p. 453-457.

CUNNINGHAM, Gary F. et al. *Obstetrícia de Williams*. São Paulo : ARTMED, 2012. 978-85-63308-96-6.

DECRETO-LEI nº 16/2007. *Diário da República, I Série*, Nº 75 de 2007-04-17, p. 2417-2418.

DOWNE, Soo – Rebirthing midwifery. *RCM Midwives*. Vol. 8 (Aug 2005), p. 346-349.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO – *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. 2012. Porto, Portugal.

EU PROJECT ON PROMOTION OF BREASTFEEDING IN EUROPE, Dublin, June 18th, 2004 - *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions*. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004.

EURODIET - Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. *Journal Public Health Nutrition*. Vol 4, Issue 2(A) ; 2(B) (2001), p. 265-273.

FAGERSKIOLD, A. ; WAHLBERG, V. ; EK, A. C. - Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*. Vol. 3, Issue 3 (September 2001), p. 139-147.

FERNANDES, J. D. ; MACHADO, M. C. R. ; OLIVEIRA, Z. N. P. - Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol*. São Paulo. 2011. Vol. 86 (1), p. 102-110.

FERNÁNDEZ, Anadys S. [et al.] - Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. *Revista Cubana de Medicina Militar*. ISSN 0138-6557. La Habana. Vol. 42, nº 3 (2013), p. 258-367.

FIGO SAFE MOTHERHOOD AND NEWBORN HEALTH (SMNH) COMMITTEE – FIGO Guidelines : Preventions and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012. Vol. 117, p. 108-118.

FILHO, Jorge R. ; MONTENEGRO, Carlos A. – *Rezende : Obstetrícia*. 11ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2010.

FITZGERALD, T. - Let families write a birth plan. *Patient Education Management*. 2011. Vol. 18, Issue 1.

FLEURY, Maria T.L, FLEURY, Afonso – Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Edição Especial, 2001, p. 183-196.

FREIRE, D.M.C. ; CECATTI J.G. ; PAIVA C.S.M - A altura uterina é capaz de diagnosticar os desvios do volume de líquido amniótico? *Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia*. 2013. Vol. 35, nº 2, p. 49-54.

GARCIA, Maria José - *Biblioteca da dor : Protocolos em Analgesia Pós-Operatória*. Lisboa : Permanyer Portugal. 2006. ISBN: 972-733-133-5.

GOLINO, P.S. ; CHEIN, M.B.C. ; BRITO, L.M.O. - Rutura Prematura de Membranas: Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta. *Femina*. Universidade Federal do Maranhão. Vol. 34, nº 10 (Outubro 2006), p. 711-717.

GRAÇA, Luís M. - *Medicina Materno Fetal*. 4ª edição. Lisboa : LIDEL, 2010. ISBN 978-972-757-654-8.

GRAHAM, Ernest M. [et al.] - Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 108, Issue 6 (December 2006).

GUPTA, J.K. ; HOFMEYR, G.J. ; SMYTH, R. - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, Issue 4. Art. No.: CD002006.

HAHN, L. P. – *A Pele do recém-nascido prematuro*. Curitiba: Departamento de Pediatria, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2001.

HARRIS, C.H. - Neonatal Hyperbilirrubinemia. In POLIN, R.A. ; YODER, M.C. ; BURG, F.D. - *Workbook in Pratical Neonatology*. 3th ed. WB Saunders Company, 2001. p. 71-90.

HASEGAWA, Junichi [et al.] - Effects of epidural analgesia on labor length, instrumental delivery, and neonatal short-term outcome. *Journal Anesthesiology*. Vol. 27, Issue 1 (February 2013), p. 43-47.

HODNETT, Ellen ; DAVIES, Barbara L. - Labor support: nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Volume 31, Issue 1 (January 2002), p. 48-56.

HODNETT, Ellen D. [et al.] - Continuous support for women during chidbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. 2007, Issue 3. Art No.: CD003766.

HUDSON, D. ; ELEK, S. ; FKEK, M. - First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2001, Vol. 24, No. 1, p. 31-43.

IBÁÑES DIAZ, Maria B. - Opinión de las gestantes, sus acompanhantes y los profesionales de salud que las atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Profesi3n*. Vol. 5, Nº 16 (2004), p. 25-31.

IMPEY, Lawrence [et al.] - Admission cardiotocography : a randomised controlled trial. *The Lancet*. Vol. 361, Issue 9356 (Feb. 2003), p. 465-470.

INFARMED - Folheto informativo: Diprofos Depot 14 mg/2 ml Suspens3o inject3vel Betametasona. *Infarmed*. [Online] 15 de Maio de 2007. [Cita33o: 12 de Novembro de 2012.] http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32242&tipo_doc=fi.

INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, INTERNACIONAL FERDERATION OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS. *Declaraci3n conjunta : Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto*. La Haya: ICM, Londres: FIGO. 2003.

JONGE, Ank [et al.] - Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 114, Issue 3 (Mar 2007), p. 349-355.

JUARES, Ant3nio J.C. [et al.] - S3ndrome de Rendu-Osler-Weber : relato de caso e revis3o de literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. ISSN 0034-7299. S3o Paulo. Vol. 74, nº 3 (Maio/Junho 2008), p. 452-457.

KEMP, Emily [et al.] - Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. 2013, Issue 1, Art. No.: CD008070.

KESKIN, Huseyin L. [et al.] - Pethidine versus Tramadol for pain relief during labor. *Internacional Journal Gynecology e Obstetrics*. Vol. 82, Issue 1 (July 2003), p. 11-16.

LAVENDER, T. ; HART, A. ; SMYTH, R.M.D. - Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemática*. 2008, No. 4 (Pub. 2). Art. n.º: CD005461.

LAWRENCE, Annemarie [et al.] - Maternal positions and mobility during first stage labour (review). *Cochrane Database of Systematic Review*. 2009, Issue 2, Art. No.: CD003934.

LEAL, Isabel - *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa : Fim de Século, 2005. ISBN: 972-754-235-2.

LEI nº 111/2009. *Diário da República, I Série*, N.º 180 de 2009-09-16, Secção II, Artigo 78º-92º.

LEVIN, R. ; SINGLETON, J. K. ; JACOBS, S. K. - Developing and evaluating clinical practice guidelines: A systematic approach. In CAPEZUTI, Elizabeth [et al.] - *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Third Edition. New York : Springer Publishing Company, 2008.

LEVY, Leonor ; BÊRTOLO, Helena - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008. ISBN: 96436.

LISSAUER, Tom ; CLAYDEN, Graham - Neonatal Medicine. In LISSAUER, Tom ; CLAYDEN, Graham - *Illustrated Textbook of Paediatrics*. Third Edition. Edinburgh : Mosby Elsevier, 2007. P. 145-168.

LONG, Louise – Redefining the second stage of labour could help to promote normal birth. *British Journal of Midwifery*. Vol. 14, Issue 2 (Feb 2006), p. 104-106.

LOPES, Catarina I. ; PEDRO, Sandra I. - *Pele do Recém-Nascido : cuidados essenciais para a proteger*. Porto : Informar. Ano XI, nº 34 (2005).

LOWDERMILK, Deitra L. ; PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-16-1.

MAMEDE, F.V. ; ALMEIDA, A.M. ; CLAPIS, M.J. - Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá. Vol. 26, nº 2 (2004), p. 295-302.

MANNEL, R. ; MARTENS, P.J. ; WALTER, M. - *Manual Prático para Consultores de Lactação*. 2ª edição. Loures : Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-59-2.

MELEIS, Afaf I. - Transitions Theory : middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York : Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MENDES K. D. S. ; SILVEIRA, R. C. C. P. ; GALVÃO, C. M. - Revisão integrativa : método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem - *Texto & Contexto – Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Florianópolis. Vol. 17, nº 4 (Out-Dez 2008), p. 758-764.

MERCER, Judith S. - Current best evidence : A review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vol. 46, No. 6 (Nov-Dec 2001), p. 402-412.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. *Rev. Tempus Actas Saúde Colet*. Brasília, 2010.

MIQUELUTTI, M. A. ; CECATTI, J. G. ; MAKUCH, M. Y. - Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Campinas, Brazil. Vol. 86, no. 5 (2007), p. 553-558.

MIQUELUTTI, Maria A. [et al.] - The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. ISSN 1519-3829. Recife. Vol. 9, no. 4 (Out/Dec 2009), p. 393-398.

MOORE, Elizabeth R. [et al.] - Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, Issue 5, Art. No.: CD003519.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE - *Postnatal Care : Routine postnatal care of women and their babies*. London, UK : Royal College of General Practitioners, 2006.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - *Antenatal care : routine care for the healthy pregnant women : Clinical Guideline*. London: RCOG, 2008.

O'HANA, Hanny Pal [et al.] - The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparous women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 21, Issue 8 (August 2008), p. 517-521.

OLIVA, Mónica ; SALGADO, Manuel - Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido. *Saúde Infantil*. Coimbra, Portugal. Vol. 25, nº 2 (2003), p. 5-12.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada"*. Lisboa : OE, Maio de 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa : OE, 2010a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa : OE, 2010b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica – *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva*. Lisboa : OE. Parecer Nº 3, 2010c.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica – *Realização e Posicionamento da Grávida durante a Monitorização/ Registo Cardiotocográfico Eletrónico Externo em Consulta de Vigilância Pré-Natal*. Lisboa : OE. Parecer Nº 16, 2011a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica - *Competência para a Vigilância da Gravidez e Prescrição de exames Complementares de Diagnóstico*. Lisboa : OE. Parecer Nº 19, 2011b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *Alimentação Infantil : Bases Fisiológicas*. São Paulo: James Akaré Editor, 1994.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE - BASED MEDICINE (CEBM) - *Levels of Evidence*. University of Oxford. March 2009.

PAPATSONIS, Dimitri N. M. [et al.] - Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, Issue 3. Art. No.: CD004452.

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA – Diretiva 2005/36/CE – Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da União Europeia. L255/p.22, 2005.

PATROCÍNIO, Carla ; ANTUNES, Mónica S.C. - A malformação do bebé: vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 1645-0086. Lisboa. Vol. 8, nº 2 (Setembro 2007), p. 239-252.

PEDROLO, Edivane [et al.] - A Prática Baseada em Evidências como Ferramenta para a Prática Profissional do Enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. Paraná, Brasil. Vol. 14, nº 9 (Out/Dec 2009), p. 760-763.

PETROVA, Anna [et al.] - Management on Neonatal Hyperbilirubinemia : Pediatricians' Practices and Educational Needs. *BMC Pediatrics*. Vol. 6, Issue 6 (2006), p. 1-7.

PILLEGI, Maria C. [et al.] - A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna : prevalência e fatores limitantes. *Einstein*. São Paulo. Vol. 6, nº 4 (2008), p. 467-472.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, M. G. - Revisão integrativa : etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*. Vol. 22, nº 4 (2009), p. 434-438.

PORTER, Meredith L. ; DENNIS, Beth L. - Hyperbilirubinemia in the Term Newborn. *Am Fam Physician*. Virginia, USA. Vol. 65, Issue (Feb 2002), p. 599-606.

PRENDIVILLE W. J. ; ELBOURNE D. ; MCDONALD S. - Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. 2006, Número 3, Art. n.º: CD000007.

PUCKETT, Renee M. ; OFFRINGA, Martin - Uso Profilático de la vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién-nacidos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008, Número 4.

PUGLIESI, Vania E. M. [et al.] - Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Revista Paulista de Pediatria*. São Paulo. Vol. 27, nº 4 (Dez 2009), p. 410-415.

RABE, H. ; REYNOLDS, G. ; DIAZ-ROSSELO, J. - Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004, Issue 4, Art. No.: CD003248.

REGULAMENTO n.º 127/2011. *Diário da República*, II Série, Nº 35 de 2011-02-18, p. 8662-8666.

RICHETTO, A. M. ; SOUZA, Aspásia B. G. - A Higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In SOUZA, Aspásia B. G. [et al.] - *Enfermagem neonatal : cuidado integral ao recém-nascido*. 1ª ed. São Paulo : Martinari, 2011.

ROBERTS, C. L. ; ALGERT, C. S. ; OLIVE, E. - Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 44, Issue 6 (Dec 200), p. 489-494.

ROBERTS, Christine L. [et al.] - A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 84, Issue 8 (Aug 2005), p. 794-798.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG) - *The Management of Severe Pre-Eclampsia/Eclampsia* : Guideline No 10 (A). London : RCOG, Março de 2006.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG) - The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance : Guideline No 8. London : RCOG, May 2001. ISBN 1-900364-49-2.

SANJARI, Mahnaz [et al.] - Nursing support for parents of hospitalized children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Vol. 32, Issue 3 (2009), p. 120-130.

SANTANA, D.S.N; FILHO, N.L.M; MATHIAS, L. - Conceito, diagnóstico e tratamento de placenta prévia acreta com invasão de bexiga. Revisão sistemática da literatura. *Femina*. Vol. 38, nº 3, Março 2010,

SANTOS, Patrícia G. ; PEDROSO, Marilda A. - Exercícios perineais para prevenir a incontinência urinária no puerpério. *Revista de Enfermagem UNISA*. 2007. Vol. 8, p. 54-57.

SARMENTO, Regina ; SETÚBAL, Maria S. V. - Abordagem Psicológica em Obstetrícia : Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Revista de Ciências Médicas*. Campinas. Vol. 12, nº 3 (Jul/Set 2003), p. 261-268.

SHRIVASTAVA, Vineet K. [et al.] - A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Vol. 200, April 2009, p.379.e1-379.e6.

SMYTH, R. M. D. ; MARKHAM, C. ; DOWSWELL, T. - Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 6, Art. No.: CD006167.

SOCIEDAD ESPANHOLA DE NEONATOLOGIA (SEN) - *Manual de reanimación neonatal*. 1ª ed. Madrid: Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Espanhola de Neonatologia, 2006.

SOCIEDAD ESPANOLA DE NEONATOLOGIA (SEN) - Recomendaciones para el cuidado y atencion del recién-nacido sano en el parto y en las primeras horas despues del nacimiento. *Anales de Pediatría*. Barcelona. Vol. 71, nº 4 (2009), p. 349-361.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Prevenção da Morte Súbita. 2014

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000.

SODRÉ, Thelma M. [et al.] - Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes em Londrina – Paraná. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Vol. 19, nº 3 (Julho – Setembro 2010), p. 452-460.

SOONG, Barbara ; BARNES, Margareth - Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma : is there an association? *Birth: Issues in Perinatal Care*. Vol. 32, Issue 3 (2005 Sep), p. 164-169.

SOUSA, Alex S. R. ; AMORIM, Melania R. - Avaliação da Vitalidade Fetal Intraparto. *Acta Med Port*. Vol. 21, nº 3 (2008), p. 229-240.

SOUSA, João P. [et al.] - Maternal position during the first stage of labor : a systematic review. *Reproductive Health*. 2006, 3:10.

SOUSA, Lucília ; PEREIRA, M. Graça - Interrupção da Gravidez por Malformação Congénita: a perspetiva da mulher. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa. Vol. 11, nº 2 (2010), p. 229-242.

SOUZA, Alex S. R. [et al.] - Indução do trabalho de parto : conceitos e particularidades (Revisão). *Femina*. Vol 38, Nº 4 (Abril de 2010), p. 185-194.

SOUZA, Alex S. R. [et al.] - Sulfato de Magnésio nas Síndromes Hipertensivas da Gestação : Efeitos Hemodinâmicos : Revisão Sistemática da Literatura. *Femina*. Vol 34, nº 9 (Setembro de 2006), p. 625-631.

SOUZA, Raphael F. - O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina*. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Vol. 42, nº 1 (2009), p. 3-8.

TAVARES, A. [et al.] – Protocolo de Atuação na Ruptura Prematura de Membranas Pré-Termo. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHVNG/Espinho (2012a).

TAVARES, A. [et al.] – Protocolo de Atuação na Doença Hipertensiva da Gravidez no Internamento. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHVNG/Espinho (2012b).

TAVARES, A. [et al.] – Protocolo de Atuação na Pré-Eclâmpsia Grave/ Eclâmpsia. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHVNG/Espinho (2012c).

TEIXEIRA, Liliana R. M. - Indução do Trabalho de Parto : métodos farmacológicos. Faculdade de Medicina Universitária do Porto. Abril, 2010. Tese de Mestrado.

TZENG, Ya-ling [et al.] - Enema prior to labor: a controversial routine in Taiwan. *Journal of Nursing Research*. Vol. 13, No. 4 (2005), p. 263-367.

VENANCIO, Sonia I. - Dificuldades para o estabelecimento da amamentação : o papel das práticas assistenciais das maternidades. *Jornal de Pediatria*. Vol. 79, nº 1 (2003), p. 1-2.

WEIS, Shuqin [et al.] - Early amniotomy and early oxytocin for delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 8, Art. No.: CD006794.

WHITTEMORE, Robin ; KNAFL, Kathleen - The integrative review : updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 52, Issue 5 (Dec 2005), p. 546-553.

WHITWORTH, Melissa [et al.] - Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010, Issue 4, Art. No.: CD007058.

WHO/UNICEF - *Protecting, promoting and supporting breast-feeding : The special role of maternity services*. Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF Statement, 1989. ISBN: 92-4-156130-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – *Care of the umbilical cord: a review of the evidence*. Geneva, Switzerland : WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Recommendations for induction of labor*. Geneva, Switzerland : WHO, 2011. ISBN 978-92-4-150115-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva, Switzerland : WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Making Pregnancy Safer - *Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage*. Geneva, Switzerland : WHO, 2007.

ANEXOS

ANEXO I

**(Exemplo de Instrumento Utilizado no Registro de Experiências:
Vigilância da Gravidez, Sala de Partos, Puerpério)**

Registo de experiencias: Estágio Vigilância da Gravidez

Nome do estudante: Sara Alexandra Correia Brites Sousa

Local de estágio: Consulta Externa de Obstetria/Serviço de Grávidas de Risco

N.º Grávidas	Data de Consulta/ Admissão	N.º Proc	Motivo da Consulta/ Risco – Patologia Associada	Idade gestacional	Gesta/ Para	SGB	RCF	CTG
1	15/06/2012	604633	Consulta de Termo	37s+1d	IG	-		x
2	15/06/2012	614440	Consulta de Termo	38s	IIGOP	-		x
3	15/06/2012	133174	Consulta de Termo	38s+6d	IG	+		x
4	15/06/2012	20499489	Idade Materna Avançada	20s+4d	IIIGIIP		x	
5	15/06/2012	199441	Consulta de Termo	37s+5d	IG	-		x
6	15/06/2012	15341	Consulta de Termo	39s+3d	IIGIP	-		x
7	15/06/2012	65543	Consulta de Termo	39s	IIIGOP	-		x
8	15/06/2012	316466	Hipertensão	31s+2d	IIGIP		x	
9	15/06/2012	262055	Hipertensão	33s	IG		x	
10	15/06/2012	65852	Hipertensão	29s+5d	IIGIP		x	
11	15/06/2012	324162	Hipertensão	31s+5d	IIGOP		x	
12	15/06/2012	20996190	Hipertensão	33s+6d	IIGIP			x
13	15/06/2012	218163	Consulta de Termo	37s+1d	IG	+		x
14	15/06/2012	449942	Hipertensão	30s+6d	IIGIP		x	
15	15/06/2012	569844	Hipertensão	33s+6d	IG			x
16	15/06/2012	276655	Consulta de Termo	38s	IIGOP	-		x
17	15/06/2012	680609	Consulta de Termo	37s+5d	IG	-		x
18	15/06/2012	218231	Consulta de Termo	37s+2d	IG	+		x
19	15/06/2012	574059	Diabetes Gestacional	29s+6d	IG		x	
20	15/06/2012	235649	Consulta de Termo	38s+2d	IIGOP	-		x
21	15/06/2012	383843	Consulta de Termo	39s	IG	-		x
22	18/06/2012	674523	Consulta de Termo	38s+2d	IIGIP	-		x
23	18/06/2012	68955	Consulta de Termo	37s+5d	IG	+		x

Registo de experiencias: Estágio Trabalho de Parto e Parto

Nome do estudante: Sara Alexandra Correia Brites Sousa

Local de estágio: CHVNG – Sala de Partos

N.º	Data Entrada	Processo	Diagnóstico de entrada	Idade gestacional	Paridade	SGB	Grupo sangue	Interc. gravidez	Rotura Membr. (data e hora)	Exame local/vaginal (dilatação (cm); extinção (%); consistência; posição; descida fetal)	Parto (tipo e hora)/ Episiotomia/Epidual	Recém-Nascido (Sexo, Apgar e Peso)
1	11/12/2012	12024816	Trabalho de Parto	38s+1d	IG	-	A+	0	11/ 12 - 19:30 (espontânea)	19:30 – 7cm; 80%; 2ºplano	21:10 – 15/12 - Parto Eutócico / Episiotomia/Epidual	M/ 9, 10,10 (3,100g)
2	15/12/2012	32916598	Início de trabalho de parto	39s+4d	IG	-	A+	0	15/12 – 18h (artificial)	18h – 5cm; 70%; 2º plano	00:28 – 16/12 – Parto Eutócico/Episiotomia/Epidual	F/ 7, 9, 10 (3,910g)
3	15/12/2012	702393	Trabalho de parto	40s	IIG	-	O+	0	16/12 – 1:45 (espontânea)	00:30 – 9cm; 90%; 3º plano	2:09 – 16/12 - Parto Eutócico/Episiotomia/Epidual	M/ 9,9,10 (3,370g)
4	16/12/2012	268300	Trabalho de Parto	39+6d	IIIG	+	A+	0	16/12 – 6h (espontânea)	6h – 6cm; 70%; 2º plano	8:23 – Parto eutócico/Epidual/Laceração 1º grau perineal	F/ 9, 10, 10 (2,710g)
5	14/12/2012	30663000	Ínicio Trabalho de Parto	37s+4d	IG	-	A+	0	15/12 – 23h (artificial)	23h: 5cm; 70%; 2ºplano	8:05 – 16/12 – Parto distócico por ventosa(Epidual/Episiotomia)	F/9, 9, 10 (3,890g)
6	18/12/2012	148954	Trabalho de parto	39s	IVGIIIP	-	O-	0	19/12 – 01h (espontânea)	01h: 9cm; 90%; 3º plano	2:20 – 19/12 - Parto eutócico/sem epidural/laceração perineal 1º grau	M/ 9, 10, 10 (2,940g)
7	19/12/2012	48213	Trabalho de Parto	38s+4d	IG	-	A-	0	19/12 – 17h (espontânea)	17h: 4cm; 60%; 1º plano	21:20 – 19/12 Parto eutócico/epidual/episiotomia	M/ 9, 9, 10 (3,100g)
8	20/12/2012	238502	Trabalho de parto	40s+5d	IG	-	A+	0	20/12 – 12:15 (espontânea)	12:15 – 7cm; 80%; 2º plano	14:30 – 20/12 - Parto eutócico/epidual/episiotomia	F/ 9, 10, 10 (3,540g)
9	20/12/2012	659146	Trabalho de Parto (gemelar)	37s	IG	-	O+	Repouso às 20s - ATPPT	21/12 – 19h (espontânea)	19h – 6cm; 70%, 2º plano	21:00 – 21/12 - Parto distócico por ventosa/epidual/episiotomia	M/ 7, 9, 10 (2,420g) F, 6, 9, 9 (2,700g)

Registo de experiencias: Estágio Autocuidado pós-parto e parentalidade (**Puérperas**)

Nome do estudante: Sara Alexandra Correia Brites Sousa

Local de estágio: CHVNG/ Serviço Puerpério

N.º	Processo	Gestação/ Paridade	Tipo parto	Data/ hora	Ferida cirúrgica	Lóquios	Útero	Mamas		Amamenta	Papel Maternal	Outras intercorrências
								Mamilos	Colostro/ leite			
1	245246	IGIP	P.E	5/06/2013 21:11	Perineal	Hemáticos	Involução	Proeminentes	Colostro	Extração mecânica		RN internado na UCIN por prematuridade
2	606807	IIGIP	P.D.Ventosa	8/06/2013 10:42	Perineal	Sero- hemáticos	Involução	Drt: proeminente; Esqu: umbilicado	Colostro	Sim (mamilo de silicone)	Adequado	
3	702057	IIGIIP	CST	6/06/2013 11:00	Abdominal	Hemáticos	Involução	Rasos	Colostro	Sim (mamilo de silicone)	Adequado	Patologia Ocular hereditária degenerativa
4	49202	IIIGIIP	CST (eletiva – 2 cesarianas anteriores) + laqueação tubar	6/06/2013 11:32	Abdominal	Hemáticos	Involução	Proeminentes	Colostro	Sim	Adequado	
5	59805	IIGIIP	P.D.Ventosa	8/06/2013 1:28	Perineal	Sero- hemáticos	Involução	Pouco proeminentes	Leite de Transição	Sim (mamilo de silicone)	Adequado	DG Insulinotratada
6	688599	IGIP	CST (gemelar pós ICSI)	5/06/2013 10:24/26	Abdominal	Sero- hemáticos	Involução	Proeminentes	Colostro	Sim (um de cada vez)	Adequado	
7	589253	IIGIIP	P.D.Ventosa	8/06/2013 18:43	Perineal	Hemáticos	Involução	Proeminente	Colostro	Sim	Adequado	
8	22139	IGIP	CST (apresentação face)	9/06/2013 21:34	Abdominal	Hemáticos	Involução	Pouco proeminentes	Colostro	Sim	Adequado	Trombofilia
9	388857	IGIP	CST (Estado fetal não tranq	9/06/2013 19:39	Abdominal	Hemáticos	Involução	Proeminentes	Colostro	Sim	Adequado	

Registo de Experiências: Estágio Autocuidado, pós-parto e parentalidade (**Recém-Nascidos**)

Nome do estudante: Sara Alexandra Correia Brites Sousa

Local de estágio: CHVNG/ Serviço Puerpério

Nº RN Normal/Risco ¹	Processo RN	Data de Nascimento	Tipo Parto	Sexo	Peso	Comp.	Índice Apgar	Alimentação		Coto umbilical	Outras intercorrências
								Leite materno	Leite artificial		
1	714302	8/06/2013	P.V	F	3400	50	9,10,10	x		Em vias de mumificação	
2 - R	7141423	6/06/2013	CST	F	2545	44	8,9,10	x	x	Em Vias de mumificação	Necessidade de internamento na Neo passado 24h por intolerância alimentar
3	714161	6/06/2013	CST	F	3445	51	9,10,10	x		Em vias de mumificação	
4 - R	714296	8/06/2013	P.V	F	2915	49	9,10,10	x		Em vias de mumificação	Fototerapia
5	714116	5/06/2013	CST (gemelar)	M	3100	50	8,9,10	x		Em vias de mumificação	
6	714117	5/06/2013	CST (gemelar)	F	2820	47	8,9,10	x		Em vias de mumificação	
7	714320	8/06/2013	P.V	F	3140	46	9,10,10	x		Em vias de mumificação	
8	714351	10/06/2013	P.E	M	3250	49	9,10,10	x		Em vias de mumificação	
9	714352	10/06/2013	P.V	F	3600	49	8,10,10	x		Em vias de mumificação	
10 - R	714348	9/06/2013	CST	F	3410	48	8,9,10	x	x	Em vias de mumificação	Ocorrência de hipoglicemia
11	714344	9/06/2013	CST	M	3515	50	9,10,10	x		Em vias de mumificação	
12 - R	714456	11/06/2013	P.V	M	2465	46	9,10,10	x	x	Em vias de mumificação	RCIU
13	714382	9/06/2013	CST	F	3180	48,5	8,9,10	x		Em vias de mumificação	
14 - R	714393	11/06/2013	P.E	F	2745	44,5	9,10,10	x		Em vias de mumificação	Fototerapia
15	714395	11/06/2013	P.E	F	3375	51	8,10,10	x		Em Vvas de mumificação	

¹ Sempre que o RN seja de risco deve ser assinalado com **(R)**

